

# RISIKOUTVIKLING

## Tilknytning, omsorgssvikt og forebygging

*Et jubileumsskrift til Kari Killén*



Anna L. von der Lippe  
Simon R. Wilkinson  
(red.)

# Risikoutvikling:

## Tilknytning, omsorgssvikt og forebygging

*Et jubileumsskrift til Kari Killén*

Anna L. von der Lippe (red.)  
Universitetet i Oslo

Simon R. Wilkinson (red.)  
Sogn Senter for Barne- og Ungdomspsykiatri

Norsk institutt for forskning om  
oppvekst, velferd og aldring  
NOVA Rapport 7/2005

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) ble opprettet i 1996 og er et statlig forvaltningsorgan med særskilte fullmakter. Instituttet er administrativt underlagt Utdannings- og forskningsdepartementet (UFD).

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferdssamfunnets tiltak og tjenester.

Instituttet har et særlig ansvar for å

- utføre forskning om sosiale problemer, offentlige tjenester og overføringsordninger
- ivareta og videreutvikle forskning om familie, barn og unge og deres oppvekstvilkår
- ivareta og videreutvikle forskning, forsøks- og utviklingsarbeid med særlig vekt på utsatte grupper og barnevernets temaer, målgrupper og organisering
- ivareta og videreutvikle gerontologisk forskning og forsøksvirksomhet, herunder også gerontologien som tverrfaglig vitenskap

Instituttet skal sammenholde innsikt fra ulike fagområder for å belyse problemene i et helhetlig og tverrfaglig perspektiv.

© Norsk institutt for forskning om oppvekst,  
velferd og aldring (NOVA) 2005  
NOVA – Norwegian Social Research

ISBN 82-7894-209-9  
ISSN 0808-5013

Forside: © Artville by Getty Images  
Desktop: Torhild Sager  
Trykk: Allkopi/GCS

**Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:**  
Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring  
Munthesgt. 29 • Postboks 3223 Elisenberg • 0208 Oslo  
Telefon: 22 54 12 00  
Telefaks: 22 54 12 01  
Nettadresse: <http://www.nova.no>

# Forord

Overraskende fylte Kari Killén 70 år i 2004. Overraskende, fordi hun jo står midt oppe i et stort og omfattende forskningsprosjekt, reiser jorden rundt og foreleser, leder internasjonale organisasjoner og konsulterer myndigheter. Overraskende, fordi hun jo burde være eldre ut fra alt det hun har utrettet.

Samtidig som hun fyller 70 år, er det 30 år siden Barnelegeforeningen og Helsedirektoratet besluttet å samordne arbeidet med barnemishandling og å utarbeide retningslinjer for forebygging og behandling av barn som opplever mishandling. Det er på dette feltet Killén har kommet til å gjøre sin hovedinnsats som forsker. Professor Kempe fra Denver Colorado kom til Norge i 1974 og foreleste om sin forskning om det han benevnte «The battered child syndrome», og inspirerte til videre arbeid. Killén har senere tatt opp hansken og fortsatt hans virksomhet med å reise rundt i mange land og i alle verdensdeler for å initiere arbeidet med omsorgssvikt.

Før Kari Killén for alvor begynte å arbeide med omsorgssvikt ble hun først sosionom av utdanning i Norge og Master of Arts ved University of Bradford med arbeidet «An empirical study of the content and method of supervision». Som kliniker har hun arbeidet ved Bettelheims Orthogenic School i Chicago, ved Oslo Helseråd, avdeling for psykiatri og dets familiekontor på Sagene, ved Tavistock Clinic i London og i tillegg hatt et 5-årig opphold i Århus med familiebehandling som spesialist. Hun har vært lektor både ved Norges Kommunal- og Sosialskole og Den sosiale højskole i Århus. På oppdrag fra forvaltningen har hun skrevet flere utredninger om opprettelse og faglig bemanning av omsorgs- og behandlingstilbud. Før hun i 1977 ble stipendiat ved barneavdelingen på Ullevål sykehus med barnemishandling som emne var det opplæring og veiledning i sosialt arbeid som var hennes spesialitet, og som hun publiserte mest om, bl.a. boken: *Faglig veiledning i sosionomutdanningen* (1975). Hun har undervist nær sagt overalt og er en helt sjeldent skattet lærer og foreleser. Hun har vel til enhver tid minst to flybilletter i lommen.

Stillingen ved Ullevål Sykehus hvor hennes oppgaver var å arbeide med mishandlede og vanskjøttede barn og deres foreldre, systematisere erfaringer og formulere hypoteser for videre arbeid og lære opp personalet, ble skjellsettende for hennes videre arbeid og for faget omsorgssvikt i Norge. Fra den tid har hun kastet hele sitt uutømmelige engasjement, pågåenhet, utholdenhet, systematikk og nysgjerrighet inn i arbeidet for «det sårbare barnet», som forsker (først ved Barnevernets utviklingscenter, senere

NOVA), som fagbokforfatter, som underviser, som leder av International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect og som fagpolitiker, blant annet i utarbeidelse av Lov om Sosiale Tjenester i 1984.

Kari Killén tok sin doktorgrad på arbeidet ved Ullevål Sykehus: *Omsorgsvikt og barnemishandling. En kasusanalyse og etterundersøkelse av barn i omsorgsviktsituasjoner i 1988*, og har skrevet bøkene om omsorgsvikt: *Barnemishandling. Behandlerens dilemma (1981)*; *Forsømte familier, en utfordring til helse- og sosialarbeidere (1983)*; *Sveket. Omsorgsvikt er alles ansvar (1991)*; og *Barndommen varer i generasjoner. Forebygging er alles ansvar (2000)* og sist *Det sårbare barnet* med May Olofsson (2003). Alle er oversatt. Boken *Sveket* har vært oversatt til syv språk og er pensum ved mange høgskoler.

Bærebjelker i Killéns arbeid er vektleggingen av tidlig diagnose av omsorgsvikt, tidlig diagnose av alvorlig tilknytningsforstyrrelse og forebygging gjennom utdanning av helsepersonell til skjerpet observasjon. I tillegg er kontaktskaping med utsatte foreldre og tverrfaglig samarbeid mellom barnevern, primær og sekundær helsetjeneste, sosialetat, skole og politi sentralt i hennes utrettelige virksomhet.

Den 19. april 2004 ble det holdt et jubileumsseminar for henne. Det er foredragene fra dette seminaret samt et nyskrevet innlegg som nå er blitt en NOVA-publikasjon. Publikasjonen bærer preg av Kari Killéns internasjonale og tverrfaglige orientering og arbeid. Her er bidrag fra alle de skandinaviske landene.

Publikasjonen er delt i tre deler: en teoretisk og empirisk del som omhandler tilknytning som i dag er Killéns forskningsfelt, en del om omsorgsvikt og forebygging og til slutt en del som handler om samfunnets ansvar for omsorgsvikt. Publikasjonen innledes med statsråd Laila Dåvøys hilsen til Kari Killén på jubileumsseminaret.

Redaktørene vil takke NOVA for deres deltakelse og støtte av seminaret og utgivelse av denne publikasjonen. Vi vil også takke alle innledere og forfattere og alle deltakere som flokket til seminaret. Og til sist vil vi takke Kari Killén for hennes innsats for fagfeltet og for utsatte barn. Nylig sa hun, som folk i faglig vekst gjerne gjør: «Det er mye jeg kunne tenke meg å skrive på en annen måte i dag». På bakgrunn av det hun allerede har skrevet, kan vi bare vente og glede oss.

*Anna L. von der Lippe*  
Universitetet i Oslo

*Simon R. Wilkinson*  
Sogn Senter for barne-  
og ungdomspsykiatri

*Sverre Halvorsen*  
Ullevål sykehus

*Trine Klette*  
NOVA

# Innhold

BIDRAGSYTERE .....	7
OM Å SE DE SÅRBARE BARNA <i>Statsråd Laila Dævøy, Barne- og familiedepartementet</i> .....	9
<b>DEL I: TILKNYTNING</b> .....	13
ANKNYTNING, RÅDSLÅ OCH OMSORGSSVIKT <i>Anders G. Broberg</i> .....	15
BARNES TILKNYTNING OG KOGNITIVE UTVIKLING <i>Anna L. von der Lippe</i> .....	35
<b>DEL II: OMSORGSSVIKT</b> .....	51
RISIKOADFÆRD HOS BØRN OG UNGE – HVAD MED FOREBYGGELSEN? <i>Per Schultz Jørgensen</i> .....	53
OMSORGSSVIKT AF DET UFØDTE BARN. RUSMIDLER SET I ET BØRNEPERSPEKTIV. ET SOCIAL- OG SUNDHEDSPOLITISK PROBLEM SOM KAN FOREBYGGES <i>May Olofsson</i> .....	71
FØRSKOLEBARN OCH OMSORGSSVIKT <i>Karin Lundén</i> .....	87
SKOLENS MULIGHETER I MØTE MED UTSATTE BARN OG UNGE <i>Thomas Nordahl</i> .....	107
<b>DEL III: SAMFUNNETS FORHOLD TIL OMSORGSSVIKT</b> .....	123
TRUMFKORT OG PUSLEPILL: HVORDAN BARNEVERNSTJENESTEN ARGUMENTERER OM OMSORGSSVIKT <i>Elisabeth Backe-Hansen</i> .....	125
SAMARBEID PÅ TVERS TIL SÅRBARE BARNS BESTE <i>Erik Larsen</i> .....	137
FOREBYGGING – ALLES ANSVAR – EN UTFORDRING <i>Kari Killén</i> .....	151



# Bidragsytere

<b>Elisabeth Backe-Hansen,</b>	NOVA, Oslo
<b>Anders G. Broberg,</b>	Psykologiska Institutionen, Göteborgs Universitet
<b>Laila Dāvøy,</b>	Barne og Familiedepartementet, Oslo
<b>Kari Killèn,</b>	NOVA, Oslo
<b>Karin Lundèn,</b>	Avd. för beteendevetenskap och social arbete, Hälsöhögskolan, Högskolan i Jönköping
<b>Erik Larsen,</b>	Skandinavisk institutt for ressursutvikling, Oslo og Avdeling for helse- og sosialfag, Høgskolen i Sør- Trøndelag, Trondheim
<b>Anna L. von der Lippe,</b>	Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo
<b>Thomas Nordahl,</b>	NOVA, Oslo
<b>May Olofsson,</b>	Familieambulatoriet ved Hvidovre Hospital og Rikshospitalet, København
<b>Per Schultz Jørgensen,</b>	Farum og Danmarks Pædagogiske Universitet





# Om å se de sårbare barna

---

*Statsråd Laila Dåvøy, Barne- og familiedepartementet*

## Hilsen til Kari Killén ved 70-årsjubileet

*Kjære Kari Killén!*

Vi vet mye om barn som er utsatt for omsorgssvikt. Nå må vi komme lenger enn til å telle dem, vi må begynne å se dem!

Av alt det kloke du har sagt og skrevet, er kanskje dette komprimerte sitatet selve essensen; alle barn har et grunnleggende behov for å bli sett.

I boka «Det sårbare barnet» heter det første kapittelet nettopp «Se meg! Hjelp meg!» Oppfordringen går til profesjonelle voksne som har kontakt med barn fra rusmiddelutsatte familier. Disse profesjonelle voksne hjelperne må oppdage de sårbare barna, og gi dem muligheten til å komme gjennom barndommen med så lite skade som mulig.

### De sårbare barna

Mer enn noen har du pekt på at barn i familier med rusmiddelproblemer er sårbare høyrisikobarn. Der hvor rusmidler brukes under svangerskapet, er barna utsatt for et vell av risikofaktorer av både biologisk og psykososial karakter. De sårbare barna vokser opp i et miljø preget av utrygghet og uforutsigbarhet, sammen med en eller to foreldre som har det vanskelig selv. Den tidlige mor–barn-kontakten som er så viktig, har vanskelige vilkår i slike familier. Prisen barna betaler kan bli høy.

Undersøkelser bekrefter at barn som vokser opp i familier med rusproblemer, har flere helseproblemer av fysisk og psykisk art, og mer atferds- og skoleproblemer enn andre barn. Studier bekrefter også høy forekomst av overgrep og kaotiske familieforhold i egen barndom hos foreldre med rusproblemer. Altså; «Barndommen varer i generasjoner», som en av de andre bøkene dine heter. Omsorgssvikt varer også gjennom generasjoner; det er vanskelig å gi videre god nok omsorg dersom en selv ikke har fått det. Samtidig peker du på at ikke alle barn fra belastede familier utvikler samme

problemer, og at det er mulig å forebygge ved tidlig intervensjon. Du gir altså disse barna håp. Det er viktig.

For de som har et profesjonelt forhold til sårbare barn, for eksempel gjennom barnehage eller skole, er det viktig å vite at barn kan vokse opp under vanskelige forhold og tilsynelatende være velfungerende, samtidig som de strever med sine opplevelser. Det du blant annet har lært oss, er at de barna som klarer seg best er de som har hatt en tilknytning utenfor familien, og dessuten hatt mulighet til å få hjelp til å bearbeide sin egen opplevelse av det som er vanskelig. Her kan ansatte i barnehage og skole spille en viktig rolle, blant annet ved å gi muligheter til å snakke om denne type problemer.

## **Barnebøker**

Som et bidrag til denne utfordringen, har du også ivret for å få oversatt en serie danske barnebøker om omsorgssvikt. Det er vanskelig å ta opp at enkelte barn lever med foreldre som drikker, at noen barn må i fosterhjem, eller at foreldre skilles – derfor er det uhyre viktig for disse barna å få en åpning til å snakke om og bearbeide sine egne problematiske opplevelser. Og for en lærer eller førskolelærer kan det handle om noe så enkelt som å lese en slik bok. For de barna det gjelder, er det viktig at problemet ikke glemmes bort, men at barna tvert om får forståelse av at dette er noe som gjelder flere, og som det er lov å snakke om.

Det er mange profesjonelle som ser, men likevel ikke godt nok, hevder du, og det tror jeg du har rett i. Vi bruker ulike strategier for å beskytte oss i møtet med foreldre og barn i situasjoner med omsorgssvikt. Vi beskytter oss for å slippe unna det onde, det aller verste, det som gjør vondt fordi det er så vanskelig å hankses med. Mange uttrykker skepsis til å spørre og grave om barnas familiesituasjon. Og her svarer du konstruktivt; det skal de heller ikke gjøre. Det barna er opptatt av, er ikke hva som har skjedd, men hva som skal skje framover. Noe av det aller viktigste vi som profesjonelle kan bidra med, er derfor å formidle forståelse for hvordan barna har det og hva de strever med. Dette gjør at de slipper å føle seg alene, og det kan gi dem håp.

## **Barnevernreformen**

I den nye stortingsmeldingen om barnevernet (behandlet av Stortinget i februar 2003) var hovedkonklusjonen at til tross for en positiv utvikling de siste årene, tyder en helhetlig gjennomgang på at barnevernet ennå ikke er den sentrale støttespilleren for utsatte barn og deres familier som vi alle ønsker oss. Dette skyldes blant annet at barnevernet ofte kommer for sent inn til å kunne yte god nok hjelp til utsatte barn og deres familier. I det

arbeidet departementet har satt i gang i kjølvannet av stortingsmeldingen, blir det lagt stor vekt på tidlig forebyggende hjelp til barn og familier. I dag innser fagfolk mer og mer betydningen av å stimulere familiens helhetlige situasjon og egne ressurser, og hjelpetiltak skal settes inn der familiene har særlig behov. Selv om denne erkjennelsen er til stede, kreves det ytterligere holdningsendring og metodisk opprustning både i barnevernet og samarbeidende tjenester. I stortingsmeldingen drøftes en rekke tilnærminger som er egnet til å gi bedre hjelp til barn og unge og deres familier. Etter regjeringens oppfatning er det behov for at familie- og nærmiljøorienterte metoder blir brukt i betydelig større grad enn i dag. Målet er flere funksjonsdyktige familier og mindre omsorgssvikt.

Fra 1.1.2004 har staten tatt på seg et større ansvar for barnevernet. Det fylkeskommunale barnevernet er avviklet, og det er opprettet et Statens barnevern og familievern med fem regionale enheter. Med den aktuelle reformen vil regjeringen støtte opp under noen ønskede retninger for barnevernet. Vi ønsker først og fremst økt satsing på gode lokale løsninger og lokale tiltak i et samarbeid mellom familiene, barnevernet og andre tjenester. Vi ønsker økt fokus på forebyggende arbeid, og vi ønsker å få til en utvikling hvor færrest mulig barn får behov for å bli plassert utenfor eget hjem.

Som ledd i omorganiseringen av barnevernet er det fra årsskiftet etablert 26 nye fagteam, fordelt på de fem statlige regionene. Hver region får flere team med ansvar for hver sin geografiske del av regionen. Dette innebærer en betydelig styrking; gjennom fagteamene vil det kommunale barnevernet få en helt annen og bedre støtte enn i dag. Fagteamene skal arbeide med inntak til alle statlige barneverntiltak. Fagteamene skal også utvikle alternative løsninger i enkeltsaker, i samarbeid med kommunene. Teamene blir regionenes kontakt til kommunene og skal yte generell bistand til kommunalt barnevern og andre etater som arbeider med svaktstilte barn og unge. Det omfatter blant annet jevnlig besøk og møter, initiativ til faglige utviklingstiltak og særskilt hjelp til kommunene i krevende og sammensatte saker.

## **Avslutning**

Det pågår for tiden et viktig arbeid med å legge om kursen i barnevernet. Vi vil sette et sterkere fokus på forebyggende arbeid og tidlig, kvalifisert hjelp til utsatte barn og deres familier. I denne prosessen føler jeg at vi i alt vesentlig er på linje med det du, Kari Killén, har arbeidet for og skrevet om. Og det føles betryggende.

Gratulerer med jubileet og lykke til med det videre arbeidet!



# DEL I: Tilknytning

---



# Anknytning, rädsla och omsorgssvikt

---

*Anders G. Broberg*

Det råder inom spädbarnspsykiatri idag en bred enighet om att barns utveckling i varje ögonblick är ett resultat av samspelet mellan barnets biologiska förutsättningar (medfödda och förvärvade) och olika miljöfaktorer (Sameroff & Fiese, 2000).

## Systemteori

Den allmänna systemteorin (von Bertalanffy, 1968) utvecklades inom biologin för att förstå hur enskilda celler kan fungera, t.ex. bibehålla en viss balans (homeostas) och ändå ha ett aktivt utbyte med omvärlden. En annan viktig fråga har varit hur celler kan samarbeta och tillsammans organisera sig i mer komplicerade strukturer (organ). Den allmänna systemteorin har visat sig mycket användbar också inom psykologin. Förutom inom utvecklingspsykiatrin är det främst inom familjeterapi som man ser talrika referenser till systemteori.

Med början på 1940-talet utvecklade Heinz Werner (1948; 1957) den teori som på engelska kallas «organismic-developmental theory». Teorin beskriver hur utveckling handlar om integration och omorganisation av tidigare uppnådda förmågor, snarare än om att bara addera nya förmågor till gamla. Detta är en förklaring till att utvecklingsprofilen kan vara så ojämn hos vissa barn. Ett barn kan ha uppnått en hög kognitiv förmåga, kort sagt vara bra på att tänka, men samtidigt befinna sig på ett mycket mer odifferentierat och oartikulerat stadium, när det gäller den känslomässiga utvecklingen. För ett annat barn går de olika systemen däremot «hand i hand». Barnet uppnår en högre grad av såväl känslomässig som kognitiv utveckling tack vare att systemen för känslomässig och intellektuell bearbetning samverkar och berikar varandra. Bristande integration i detta avseende märks tydligast när det gäller förmågan att förstå andra människor och att sätta sig in i hur de tänker och känner.



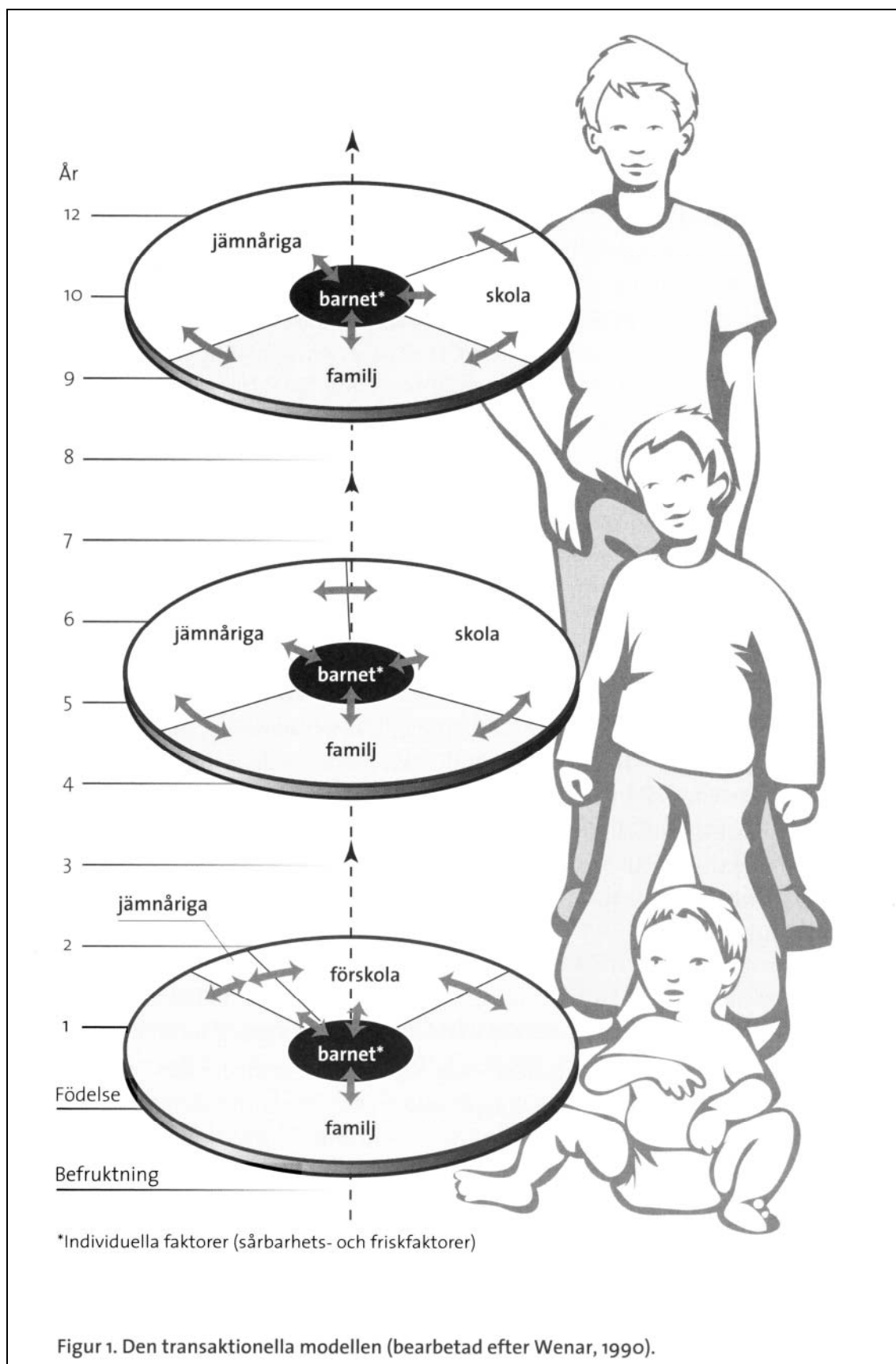
## En transaktionell modell för att bedöma omsorgs- svikt och dess effekter på små barns utveckling

Transaktion betyder utbyte eller avtal, det krävs alltså två parter som båda ger och tar för att en transaktion ska komma till stånd. Transaktionen innehåller också en tidsaspekt. Vi förknippar oftast ordet med ekonomiska mellanhavanden av ett negativt slag: «Svindeln var resultatet av en serie oegentliga transaktioner». Hur har begreppet smugit sig in i psykologin?

I linje med den allmänna systemteorins principer, utvecklas organismen (barnet) som resultat av ett ständigt utbyte mellan olika system, där utbytet i varje ögonblick bildar basen för vilka utbyten som blir möjliga i nästa stund.

Inom psykologin innebär en transaktionell modell att tiden ses som en viktig faktor för hur utvecklingen gestaltar sig. I konceptionsögonblicket bestäms barnets genupsättning utifrån den information som finns lagrad i mammans och pappans kromosomer. Så fort celldelningen börjar sker den fortsatta utvecklingen som ett resultat av ett utbyte mellan fostrets genupsättning och den omgivande miljön i livmodern. Denna miljö är i hög grad påverkad av den havande kvinnans livssituation. Redan i livmodern är det också så att det växande fostret påverkar sina blivande föräldrar och därmed på sikt sin egen uppväxtmiljö. Ett foster som tidigt gör sig påmint med hjälp av kraftiga fosterrörelser, ger upphov till fantasier hos de blivande föräldrarna om egenskaper som barnet kommer att ha (stark och kraftfull), fantasier som i sin tur kommer att färga hur föräldrarna bemöter den nyfödde. På den vägen fortsätter utvecklingen efter födelsen. Barnets medfödda och tidigt förvärvade egenskaper, ger upphov till reaktioner hos föräldrarna, reaktioner som i sin tur formar den fortsatta utvecklingen av barnets egenskaper och så vidare i ett ständigt utbyte (transaktion). Den transaktionella modellen förenar systemteorin och stadieteorier. Systemteorin betonar interaktion mellan olika system/subsystem vilket beskriver utvecklingen vid en given tidpunkt. Stadieteorier betonar i stället att lösningen av en utvecklingsuppgift utgör utgångspunkt för den fortsatta utvecklingen. De bidrar alltså med tidsperspektivet dvs. hur mindre lyckliga lösningar av tidiga utvecklingsuppgifter får betydelse för den fortsatta utvecklingen.

Figur hämtad från Broberg, Almqvist & Tjus, 2003: Den transaktionella modellen.



Figur 1. Den transaktionella modellen (bearbetad efter Wenar, 1990).

I den transaktionella modellen kan barnets egenskaper sägas vara både orsak till och effekt av föräldrarnas bemötande och vice versa. I den här modellen kan, för de allra flesta former av psykisk ohälsa hos barn, inte heller någon enskild biologisk eller miljömässig faktor urskiljas som ensam kan förklara barnets aktuella symtombild.

En typ av skada på utvecklingsprocessen som kommit att uppmärksammas alltmer de senaste 10 åren, främst p.g.a. förbättrade undersökningsmöjligheter, rör hjärnans utveckling.

## **Hjärnans utveckling**

Människan skiljer sig från övriga djurarter i det att en stor del av hjärnans utveckling sker efter födelsen. Fördelen med detta är att hjärnans funktion blir bättre anpassad till den miljö som barnet växer upp i. På så sätt blir människans hjärna mer flexibel och vi behöver inte i samma utsträckning som andra djurarter förlita oss på en medfödd uppsättning reflexer och instinktmässiga beteenden. Nackdelen är att barn som under graviditeten och sina första levnadsår växer upp i miljöer som inte förmår tillgodose barnets behov, löper risk att få skador i centrala nervsystemet som påverkar hjärnans fortsatta funktion på ett negativt sätt och ökar risken för utvecklingen av psykisk ohälsa hos barnet (Cicchetti & Walker, 2001; Dawson m.fl. 1999; Glaser, 2000; Kaufmann & Charney, 2001; Nelson & Bosquet 2000; Post & Weiss, 1997). Om små barn far illa/utsätts för omsorgssvikt är det därför väsentligt att Socialtjänsten agerar snabbt och antingen sätter in tillräckliga stödåtgärder i hemmet eller tillförsäkrar barnet en god uppväxtmiljö på annat sätt.

## **Samspelet mellan förälder och barn**

Under de första levnadsåren beskrivs barns utveckling bäst i ett relationsperspektiv (Lyons-Ruth, 1995; Sameroff & Emde, 1989). Hur relationen fungerar avspeglar sig i det observerbara samspelet mellan barn och förälder och i föräldrarnas inre bilder av sig själv och sitt barn. Om relationen mellan spädbarnet och dess närmaste vårdare är allvarligt störd löper spädbarnet en klart förhöjd risk att skadas i sin utveckling (Lyons-Ruth, Zeanah & Benoit, 2003) och att som en effekt därav inte kunna lösa för åldern viktiga utvecklingsuppgifter, vilket i sin tur ökar risken för att barnet senare utvecklar påvisbara symtom på psykisk ohälsa.

## Olika psykosociala riskfaktorer avseende samspelet förälder–barn

Föräldrarnas förmåga till ett adekvat samspel med sitt barn är beroende av en rad faktorer som föräldrarnas: mentala hälsa och eventuell förekomst av missbruk, begåvning, egna negativa uppväxterfarenheter, ålder vid barnets födelse (tonårsgraviditet), dålig aktuell relation med de egna föräldrarna och därmed sämre socialt stöd, samt avbruten utbildning under tonåren (Cicchetti & Cohen, 1995; Damon & Eisenberg, 1998; Sameroff, Lewis & Miller, 2000).

### Omsorgsförmågan hos föräldrar med utvecklingsstörning

Den kvalitativa föräldraförmågan hos personer med begåvningshandikapp är beroende av många olika faktorer. Under senare år har forskarna alltmer betonat att begåvningshandikapp inte automatiskt för med sig bristande föräldrafunktioner, utan varje enskild individs förmåga måste bedömas noga vid frågeställningar om vårdnad och barns boende (Benjet, m.fl. 2003, Feldman, 1998; Keltner, 1992; Samra-Grewal, 1999). Den samlade kunskapsbilden är emellertid att för föräldrar med IQ under 60 utgör begåvningshandikapp ett allvarligt hinder i sig (Samra-Grewal, 1999). För föräldrar över denna IQ nivå måste kvaliteten på samspelet mellan förälder och barn bedömas, den sociala situationen och möjlighet till stöd, kompletterande omvårdnad av barnet, träning över tid, m.m. vägas in (Feldman m.fl., 1999; Samra-Grewal, 1999). Forskningen pekar på samband mellan begåvningshandikapp och ökad stress hos föräldrar, särskilt när barnen blir äldre och många vardagsbeslut ska fattas i relation till omgivningen (Feldman m.fl., 1997). Begåvningshandikapp är vidare relaterat till en mer kontrollerande och rigid föräldrastil (Robinson, 1978). Föräldrar med begåvningshandikapp har större svårigheter att sätta gränser för sina barn på ett lyhört och utvecklingsbefrämjande sätt och är mindre engagerade och känsliga för barnens olika lekuttryck (Crittenden & Bonvillian, 1984; Feldman m.fl., 1997; Samra-Grewal, 1999). Sammanfattningsvis kan sägas att forskningen lyfter fram en mängd riskfaktorer för begåvningshandikappade föräldrar där brister i uppfattningen om vad som är adekvat omvårdnad av spädbarn utgör en allvarlig svårighet (Keltner, 1992).

### Antalet riskfaktorer snarare än någon enskild faktor

Ett av de viktigaste fynd som gjorts rör sambandet mellan antalet belastnings- eller riskfaktorer och påverkan på barnet. Enbart en av faktorerna

ovan ger knappast någon förhöjd risk alls för att barnets ska utvecklas negativt medan barn som växer upp i miljöer karakteriserade av flertalet faktorer löper flerfaldigt större risk (10–20 ggr) att utveckla psykisk ohälsa (Sameroff, Seifer, Zax & Greenspan, 1987; Williams, Anderson, McGee & Silva, 1990). Bedömningen av vilken risk barnet löper att skadas i en viss uppväxtmiljö bör alltså fokusera på det sammanlagda antalet riskfaktorer snarare än på betydelsen av en eller ett par enskilda faktorer.

*Sammanfattningsvis* råder det idag bred enighet inom utvecklingspsykologin och spädbarnspsykiatrin vad beträffar synen på hur små barn skadas av omsorgssvikt, dvs. när föräldrarna inte förmår ge barnet adekvat omsorg och beskydd. Skadan uppstår i samspelet mellan förälder och barn när barnet ska lösa för åldern viktiga utvecklingsuppgifter. En sämre lösning av en utvecklingsuppgift får betydelse för barnets fortsatta samspel med föräldrarna, andra vuxna samt jämnåriga vilket i sin tur, i enlighet med den transaktionella modellen, påverkar barnets fortsatta utveckling. Allvarlig försummelse eller vanvård kan också få konsekvenser för hjärnans utveckling vilket påverkar barnets kognitiva förmåga och möjligheten att lösa framtida utvecklingsuppgifter.

## **Utvecklingen påverkas också av faktorer utanför familjens kontroll**

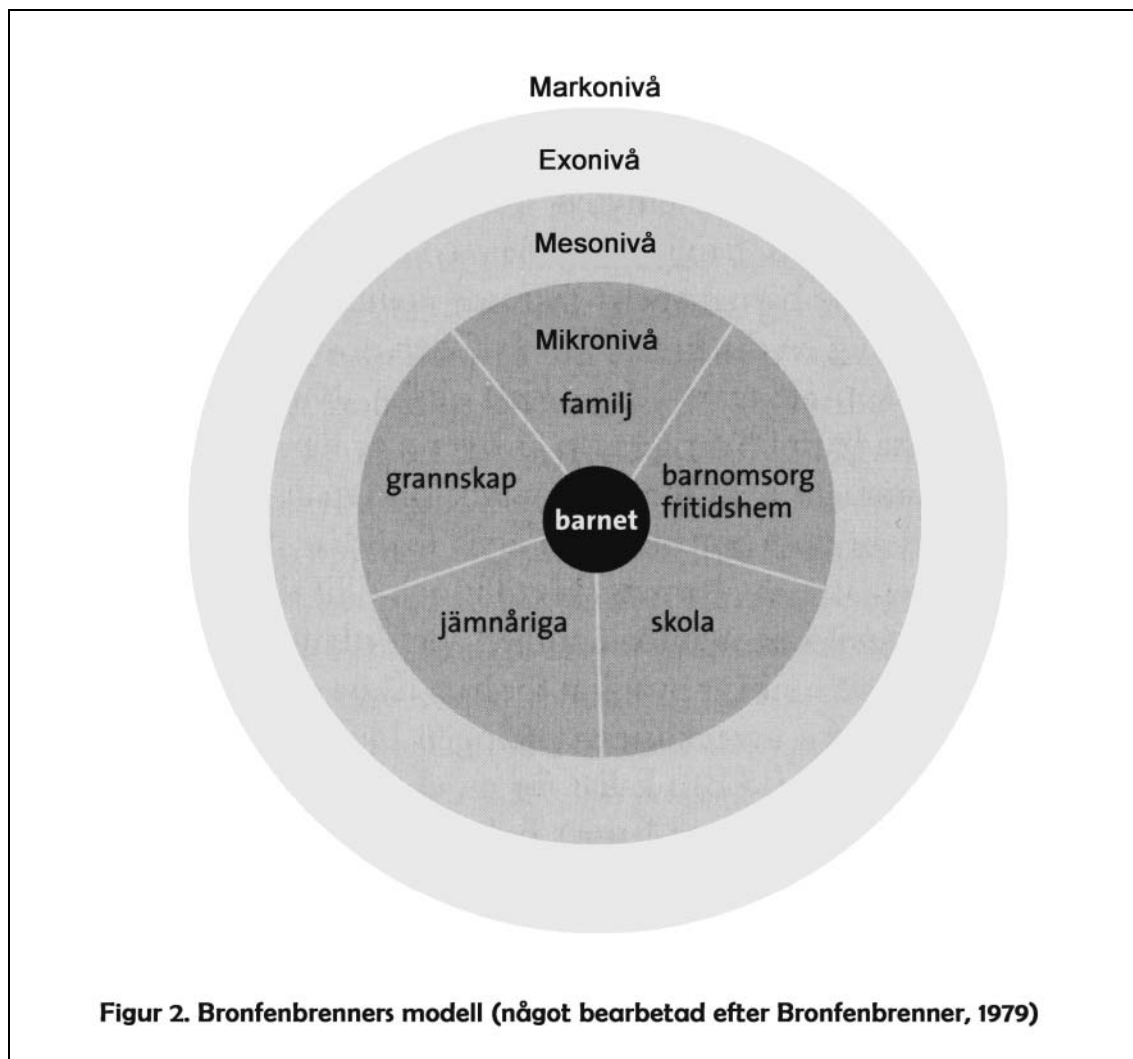
Förutsättningen för att vara en lyhörd och förutsägbar spädbarnsförälder påverkas kraftigt av sådana faktorer som vilket socialt skyddsnetz föräldrarna har kring sig, i form av mor- och farföräldrar och andra som kan ställa upp med avlastning. De flesta spädbarnsföräldrar är också yrkesarbetande, och därmed spelar också arbetsplatsens inställning in. Hur ser man där på konflikten mellan yrkesroll och föräldraroll, och hur tolerant är man när det gäller en småbarnsförälder som inte vill påta sig många eller långa resor i tjänsten när man har små barn hemma? För att gå ytterligare ett steg spelar samhällets formella sociala stödsystem (i form av rätt till betald föräldraledighet, förbud mot uppsägning av föräldrar som är föräldralediga etc.) in när det gäller att skapa förutsättningar för föräldraskap. En transaktionell modell av utvecklingen måste alltså innefatta «utbyten» på många nivåer (barn–föräldrar, förälder–arbetsplats, familj–samhälle etc.) och över lång tid.

För det växande barnet spelar faktorer utanför familjen i tilltagande utsträckning en direkt roll för såväl den normala utvecklingen som för risken att utveckla psykisk ohälsa. Nu för tiden tillbringar de flesta förskolebarn i Sverige fler vakna timmar varje dag tillsammans med barn och vuxna som man inte har några släktband med än man gör med sina egna föräldrar. Detta innebär att utvecklingen av t.ex. barnets självförtroende och förtroende till andra direkt

påverkas av människor utanför familjen, och utanför föräldrarnas kontroll, på ett sätt som var ovanligt för bara några decennier sedan.

Den amerikanske utvecklingspsykologen Urie Bronfenbrenner (1979) har utvecklat vad han kallar för en ekologisk modell där de miljömässiga faktorerna runt barnet beskrivs i form av interaktion mellan olika system (figur).

Figur från Broberg, Almqvist & Tjus (2003). Bronfenbrenners modell.



I modellens centrum befinner sig barnet med sina medfödda egenskaper. Barnet befinner sig i olika mikrosystem (först bara familjen, sedan också förskola, kamratgrupp m.m.). Mikrosystemen interagerar med varandra (föräldrar hämtar och lämnar på dagis) och hur denna interaktion fungerar (meso-systemet) får betydelse för de olika mikrosystemen. På nästa nivå har vi det Bronfenbrenner kallas exo-systemet, dvs. det lokalsamhälle som inrymmer de olika mikrosystemen. Förutsättningarna för hur hem och för-

skola fungerar som uppfostringsmiljöer, och samspelet dem emellan är olika i ett litet samhälle där alla känner alla, jämfört med ett större och mera anonymt samhälle. Förutsättningarna är också olika i olika delar av en större starkt segregerad stad, i vilken vissa områden är «lugna oaser» medan andra är «problemtyngda getton». Slutligen ingår i Bronfenbrenners modell det han kallar makro-nivån alltså den via lagstiftning och på andra sätt kodifierade samhällsandan när det gäller t.ex. relationen mellan barn och föräldrar. Den svenska lagen om förbud mot aga är ett bra exempel på hur samhället sätter gränser för vad som är acceptabelt föräldrabeteende och därmed långsiktigt påverkar olika mikrosystem och enskilda barns uppväxtvillkor.

Den transaktionella modellen tar oss alltså hela vägen från genetik och molekylärbiologi till sociologi och juridik, och tiden är den ständigt närvarande faktorn. Ibland beskrivs modellen som en spiral som «skruvar sig fram». Biologiska, psykologiska och sociala faktorer samspelar hela tiden med varandra, och i varje ögonblick påverkas samspelet av resultatet av tidigare samspel. Problemet med så här komplicerade modeller är att de riskerar att förlora i precision och bli oanvändbara i praktisk verksamhet. Man tvingas försöka hålla så många bollar i luften att man till slut tappar dem alla. Enklare då att koncentrera sig på det som man bestämt sig för «egentligen» betyder något, och strunta i resten. Vi föredrar att se den transaktionella modellen som ett «paraply» inom vilket flera olika teorier utvecklas för att uttala sig mera precist om olika biologiska, psykologiska och sociala aspekter av utvecklingen. Modellen är viktig därför att den påminner oss om hur komplicerad och mångfacetterad utvecklingen är, och den centrala roll som tiden spelar för vilken riktning utvecklingen tar.

Barnets viktigaste utvecklingsuppgift under det första levnadsåret är att etablera en anknytning till föräldrarna eller till andra som träder i föräldrarnas ställe.

## **Anknytningsteori som underlag för att bedöma föräldrars omsorgsförmåga**

1969 presenterade den engelske barnpsykiatern John Bowlby den första delen i trilogin *Attachment and Loss*, som beskriver hur separationer, vård och försummelse tidigt i livet får konsekvenser för den fortsatta utvecklingen. Bowlbys och hans medarbetares arbeten ledde till ett enormt uppsving för forskningen om barns sociala och känslomässiga utveckling.

*Anknytningsteorin* är idag den viktigaste utvecklingspsykologiska teorin vad avser effekten av omvårdnadsbrister på barns utveckling.

## Anknytningens evolutionsbiologiska grund

Eftersom människobarnet föds mer ofullgånget och därmed är skörare än andra däggdjur, är den tidiga relationen mellan spädbarnet och dess närmaste vårdare extra betydelsefull. De första månaderna i livet är spädbarnet för sin överlevnad helt beroende av att en vuxen värmer, matar och beskyddar det. I den typ av samhällen där den mänskliga arten utvecklades, och till vilken vi fortfarande i allt väsentligt är genetiskt anpassade, levde våra förfäder ett kringvandrande liv som jägare och samlare. Spädbarnets överlevnad, och så småningom också upplevelsen av trygghet, har alltid varit beroende av kroppslig närhet till en beskyddande vuxen. Bowlbys slutsats var att barnet måste vara utrustat med ett genetiskt programmerat beteendesystem vars funktion är att främja tillräcklig närhet till den huvudsakliga vårdaren så att föräldrabeskyddet underlättas (Bowlby, 1969/1982). Anknytningen liknar prägling hos andra djurarter i så motto att den sker automatiskt, instinktivt, på basis av fysisk kontakt mellan spädbarn och vårdare. Spädbarn kan alltså, normalt sett, inte låta bli att knyta an till sin vårdare oavsett dennes lämplighet.

Att Bowlby använde evolutionsbiologin för att förklara hur ett nära känslomässigt band mellan spädbarnet och dess närmaste vårdare uppstår, togs inte väl emot av samtidens psykoanalytiska etablissemang. Bowlby fick se sina kliniska kollegor vända honom ryggen, eftersom anknytningsteorin ansågs vara «alltför biologisk». I själva verket var det så att teorin växte fram som ett sätt att betona miljöns, i motsats till drifternas och de infantila fantasiernas, betydelse för barnets utveckling!

Även om tendensen att knyta an är medfödd så varierar kvaliteten på anknytningen, och konsekvenserna för den fortsatta utvecklingen, kraftigt beroende på hur lyhört och samstämt det känslomässiga samspelet mellan barnet och dess vårdare är. Bowlby uttryckte detta på följande sätt:

the inheritance of mental health and of ill health through family microculture is no less important, and may well be far more important than is genetic inheritance (Bowlby, 1973, s. 323).

Under barnets första levnadsår är dess huvudsakliga utvecklingsuppgift att skapa förutsättningar för en *trygg anknytning* till föräldern så att barnet, när det börjar kunna röra sig på egen hand, kan använda sig av föräldern som en *trygg bas* för sitt utforskande av världen (Bowlby, 1969/1982).



## **0–4 månader ett förstadium till anknytning**

Under de första dagarna och veckorna använder spädbarnet syn, hörsel, lukt, smak och känsel för att lära känna sin omgivning och de personer som ständigt återkommer, främst föräldrar och syskon.

Från början består spädbarnets eget signalsystem enbart av skriket och av förmågan att fästa blicken under kortare stunder. Denna förmåga används snart av barnet för att söka kontakt med omgivningen och «hålla kvar» kontakten.

Efter en tid får spädbarnet förmågan att avge också positiva signaler, det så kallade *sociala leendet* växer fram. I takt med att det sociala leendet växer fram blir det också allt tydligare att de personer som barnet känner bäst är de som lättast framkallar igenkännande glädjeyttringar hos barnet. Detta markerar övergången till nästa fas i anknytningsutvecklingen.

Efter ungefär 4 månaders ålder börjar barnet tydligt visa att det föredrar att bli omhändertaget, t.ex. bytt blöja på, av några få personer som barnet känner väl. Om barnet av någon anledning börjar skrika, får främmande personer allt svårare att trösta barnet. Barnet visar alltså på olika sätt att det nu är mera selektivt, att det helt enkelt föredrar att vara med vissa människor framför andra.

## **Barnet kan visa att det knutit an till en eller ett par vårdare**

Någon eller några månader senare sker det i de flesta fall en abrupt förändring. Barnet protesterar kraftfullt om det skiljs från sina föräldrar och det accepterar inte att bli omhändertaget av personer som det inte känner sedan tidigare.

Vid 9–10 månaders ålder kan barn i allmänhet, krypa omkring och därmed i någon mån själv reglera avståndet till föräldern. Barnet visar nu ett *målstyrt beteende* genom att reglera avståndet till föräldern med avseende på om barnet uppfattar att det finns en någon form av fara i omgivningen eller ej. När allt är frid och fröjd leker barnet till synes obekymrat om föräldrarnas närvaro, och man kan få intrycket att det inte bryr sig om ifall föräldern är där eller ej. Anknytningssystemet är för tillfället vilande och barnet kan med liv och lust utforska sin omgivning. Om det kommer in en främmande person i rummet, eller ännu värre om föräldern lämnar rummet, slås dock anknytningssystemet på och barnet vill genast öka närheten till föräldern. Det är när vi ser denna beteendesevens som vi vet att barnet har format en specifik känslomässig relation, en *anknytning*.

## Föräldrarnas betydelse för anknytningsrelationens utveckling

Under de första månaderna i livet, innan anknytningen utvecklats på riktigt, är föräldrarnas viktigaste uppgift, förutom att ge mat, värme och beskydd, att bistå barnet med känslomässig reglering. Spädbarn tål inte några längre stunder av starka negativa affekter, och deras egen förmåga att reglera eller modulera starka känslor är begränsad. De övermannas lätt av dem och behöver föräldrarnas hjälp för att successivt lära sig det som brukar kallas *emotionell reglering* (Thompson, 1994). Detta förutsätter att föräldern är lyhörd för barnets signaler och förmår svara prompt och adekvat på dem. Det är viktigt att föräldern inte låter barnet ligga och skrika långa stunder eller är så tafatt i sitt hanterande av barnet att föräldrarnas omvårdnadsförsök inte leder till att barnet blir tröstat och slutar skrika. Spädbarn är robusta i den bemärkelsen att föräldrar inte behöver vara perfekta, dvs. alltid lyckas i sitt uppsåt att vara bra föräldrar. Vad spädbarn däremot riskerar att skadas av är om de negativa samspelsfarenheterna dominerar över de positiva (Crockenberg & Leerkes, 2000).

Utöver föräldrarnas beskyddande omsorger behöver spädbarnet också få sitt behov av socialt samspel tillgodosett. Att få blickkontakt under de stunder då barnet är mottagligt för kontakt, t.ex. under och strax efter matningen, är synnerligen viktigt för barnet. Om föräldern inte besvarar barnets kontaktförsök genom att le mot barnet, tala med och erbjuda kroppskontakt, intensifierar barnet först sina kontaktförsök, men om detta inte ger önskat resultat drar sig barnet successivt undan och vänder bort blicken. Detta är ett allvarligt tecken på att relationen mellan förälder och barn inte fungerar (Tronick, Ricks & Cohn, 1982).

Barnets förmåga att utveckla en trygg anknytning är alltså beroende av att föräldern förmår reagera adekvat på barnets signaler och erbjuda tröst och beskydd i situationer när barnet är ängsligt eller oroat av något (Ainsworth m.fl., 1978).

Barn som tvingas växa upp i miljöer där omvårdnaden ligger utanför vad evolutionen har förberett barn på att klara av får betala ett högt pris, i värsta fall i form av bestående brister i den känslomässiga och sociala utvecklingen (Crittenden & Ainsworth, 1989).

## Kan barnet utveckla en anknytningsrelation till flera personer?

De senaste decenniernas anknytningsforskning visar klart att barn, om de får möjlighet till nära kontakt, har förmågan att utveckla anknytningsrelationer till fler än en person. Anknytningen är under spädbarnsåren relationsspecifik, vilket innebär att den utvecklas till respektive vårdare på basis av

kvalitén på samspelet mellan barn och vårdare. Detta innebär att samma barn t.ex. kan utveckla en trygg anknytning till en vårdare och en otrygg till en annan. På grund av spädbarnets bristande minnesförmåga är det viktigt att barnet har en kontinuerlig kontakt utan längre avbrott med den person som barnet ska utveckla en anknytningsrelation till. Utöver mamman rör det sig oftast om pappan, ett flera år äldre syskon, mormor och/eller farmor samt kanske en dagmamma. Att forma en anknytningsrelation är något mycket viktigt för barnet, som gör en stor «investering» i relationen. Därmed är det också viktigt att personer som barnet knutit an till är inställda på en varaktig relation till barnet, så att barnet inte förlorar kontakten med den personen (Lieberman & Zeanah, 1995).

### **Vad händer om barnet inte ges möjlighet att utveckla någon anknytningsrelation?**

Redan på 1940-talet beskrevs symtom på anaklitisk depression (Spitz, 1946), hos institutionsvårdade spädbarn i USA, vilka fick sina fysiska behov tillgodosedda men inte hade möjlighet att knyta an till någon bestämd person. Barnen visade social tillbakadragenhet, brist på känslomässiga uttryck och så småningom blev de apatiska, slutade äta och fick en allmänt försenad utveckling. Om barnen placerades i ett fosterhem där de fick möjlighet att knyta an till en specifik person, förbättrades barnens tillstånd radikalt och de utvecklades normalt.

Bowlbys tidiga arbeten handlade om institutionsvårdade barn vilka, på grund av att de övergivits av sina föräldrar och utsatts för upprepade byten av vårdare, inte fått möjlighet att utveckla en anknytningsrelation till någon person (Bowlby, 1944). Bowlbys och hans medarbetares (Robertson & Robertson, 1989) fortsatta arbeten ledde till ändrade sjukhusrutiner, och förändrad institutionsvård av barn i Västeuropa och USA under 1960- och 70-talen. Under det senaste decenniet har en rad institutionsvårdade barn från framför allt Rumänien adopterats till Västeuropa, USA, Kanada och Australien. Uppföljningar av dessa barn styrker i allt väsentligt resultaten från studierna på 1950- och 60-talen.

*Sammanfattningsvis* visar studierna att barn som tillbringat sina första år på barnhem av låg kvalitet med täta byten av vårdare och utan möjlighet att forma en anknytningsrelation drabbas av långsiktiga, i värsta fall permanenta, psykiska skador. Dessa tar sig framför allt uttryck i en oförmåga att senare i livet knyta nära ömsesidiga relationer, och en kraftigt förhöjd risk för allvarliga utagerande beteendeproblem.

Hur utvecklas anknytningen under mindre extrema betingelser?

## Olika typer av anknytning

Forskningen om små barns anknytning visar att man dels kan skilja mellan trygg och otrygg anknytning och dels mellan organiserad och desorganiserad anknytning.

### Trygg anknytning

Anknytningssystemet fungerar som en termostat. Det slås av vid upplevd trygghet och möjliggör på så sätt ett nyfiket utforskande av världen. Det tryggt anknutna barnet har en inre förvissning om att det alltid kan återvända till «den trygga hamnen» för att få beskydd om behov skulle uppstå. Existensen av en trygg bas ger den känsla av trygghet som barnet behöver för att hänge sig åt sin nyfikenhet och sitt behov av att utforska världen. Först när den upplevda tryggheten minskar (genom yttre hot eller på grund av trötthet eller sjukdom) slås anknytningssystemet på och hämmar därigenom effektivt andra beteendesystem. Det tryggt anknutna spädbarnet skaffar sig, genom erfarenheter av att föräldern «hör, förstår och vill hjälpa barnet», en flexibel relation till föräldern, som gör att det kan växla mellan utforskande och trygghetssökande beteenden. Studier, från främst olika västländer, har visat att ungefär 60–70% av spädbarnen har utvecklat en trygg anknytning till åtminstone en av sina föräldrar.

### Otrygg men organiserad anknytning

Vad händer med de spädbarn där samspelet med föräldern inte på samma sätt karaktäriseras av lyhördhet och förutsägbarhet?

*Undvikande anknytning* utmärks av att barnet inte visar något behov av att använda föräldern som en trygg bas. Barn som i 1-årsåldern betar sig på det här viset har, i högre utsträckning än de tryggt anknutna barnen, erfarenhet av ett samspel med föräldern där denne visat att hon/han inte är så förtjust i barnets «klängigt-behövande» känslomässiga behov. Eftersom små barn behöver närhet till sina föräldrar för att deras säkerhet skall garanteras, lär sig barn med undvikande anknytning snart att möjligheten att uppnå en optimal närhet är beroende av att barnet inte ger alltför tydliga uttryck för behov av tröst och omsorg. Man ska inte «gnälla för småsaker» – allt enligt den vuxnes definition av småsaker – det är bäst att hålla dessa behov för sig själv.

*Ambivalent anknytning* utvecklas i relationer där föräldrarnas samspel med barnet är mer oförutsägbart lyhört. Problemet är att barnet har svårt för att lära sig att «läsa» föräldern. Som utifrån kommande betraktare av samspelet mellan förälder och barn kan man se att samspelet i hög utsträckning

sker på den vuxnes villkor. När det passar föräldern kan denne vara en mycket bra förälder, men till skillnad från föräldern till ett tryggt anknutet barn, styrs föräldern mycket mindre av barnets signaler. Barnet lär sig alltså inte att det själv kan reglera samspelet med föräldern med hjälp av sina signaler, utan det är mer utlämnat åt föräldrarnas godtycke. Ambivalent anknutna barn skaffar sig därför mindre förtroende för sin egen förmåga och därmed riskerar de att bli väldigt passiva. Andra skruvar upp anknytningsbehovet «på full volym». Genom att ängsligt, och ofta gnälligt, bevaka varje steg föräldern tar, och genom att klänga sig fast vid föräldern, skaffar sig barnet den närhet det behöver för att bli garanterat beskydd om verklig fara skulle hota.

Trygg, undvikande och ambivalent anknytning har det gemensamt att samspelet mellan förälder och barn trots allt visat en tillräckligt hög grad av konsistens för att barnet ska lyckas med att skapa sig en sammanhållen mental representation relationen till föräldern. Man kan säga att de utgör olika grader av normal anknytning och en trygg anknytningsstrategi anses ge den bästa grunden för barnets fortsatta utveckling. På senare år har en allt större del av anknytningsforskningen kommit att handla om utvecklingen av en specifik form av otrygg anknytning i åldern 12–18 månader som kallas *desorganiserad*.

### **Vissa barn utvecklar en desorganiserad anknytning**

Desorganiserad anknytning innebär att samspelet mellan barn och förälder inte bara saknat tillräcklig lyhörddhet, kontinuitet och förutsägbarhet, utan samspelet har också innehållit element av rädsla.

Evolutionärt sett är ändamålet med anknytningen att garantera barnet en tillräcklig närhet till en beskyddande vuxen när fara hotar, dvs. när anknytningssystemet «slår på». Vad händer om den person som barnet är anknutet till är samma person som väcker barnets rädsla, den som «slår på» anknytningssystemet? Å ena sidan driver anknytningssystemet då barnet i armarna på föräldern, å andra sidan ökar barnets rädsla ju närmare den hotfulla föräldern barnet kommer. Barnet hamnar i en omöjlig konflikt-situation. Mary Main och Erik Hesse talar om *fright without solution*.

Föräldrar med svåra obearbetade upplevelser feltolkar i förhöjd utsträckning spädbarns signaler och reagerar på dem med aggressivitet eller rädsla (Hesse & Main, 1990; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999). Det kan röra sig om föräldrar som själva blivit misshandlade eller utsatta för övergrepp som barn. Det kan också gälla föräldrar som förlorat ett barn något eller några år före det aktuella barnets födelse, eller föräldrar som har andra

obearbetade trauman eller förluster i den egna ryggsäcken. Gemensamt för dem är att barnets starka känslomässiga signal i form av gråt eller klängighet väcker något till liv i föräldrarnas inre som hon/han reagerar på. Föräldrarnas beteende blir oförståeligt och skrämmande för barnet. Oförståeligt, därför att föräldern reagerar på sin egen obearbetade upplevelse snarare än på sitt spädbarns verkliga signal, och skrämmande eftersom barnet i stället för tröst och/eller beskydd känner sig hotat av föräldern. En del föräldrar reagerar i stället med att bli skrämnda av sin egen inre upplevelse, men även en rädd förälder är hotande för ett litet barn som söker tröst och beskydd.

Spädbarnets bristande kognitiva kapacitet gör det omöjligt för barnet att organisera en sammanhållen representation av samspelet med föräldern och därför betecknas anknytningen som desorganiserad.

I undersökningsgrupper bestående av «normalföräldrar» uppgår andelen barn med sådan anknytning till ca. 10 % och den är främst kopplad till förekomsten av obearbetade förluster eller trauman hos föräldern (van IJzendoorn m.fl., 1999). I uttalade riskgrupper, som barn till föräldrar med depression, missbruksproblem eller tidigare belagd förekomst av omsorgssvikt är andelen betydligt högre, upp till 80 % (van IJzendoorn m.fl., 1999).

Vilken betydelse har de olika typerna av anknytning för barnets fortsatta utveckling?

## Tidig anknytning och senare utveckling

Den tidiga anknytningens betydelse för den fortsatta utvecklingen har sin grund i de *inre arbetsmodeller* av samspelet med vårdarna som barnet bildar. En inre arbetsmodell kan beskrivas som en generaliserad mental representation av barnets samspelserfarenheter med anknytningspersonen. Den inre arbetsmodellen innehåller alltså både en representation av barnet själv (som t.ex. värd eller inte värd att älskas) och av föräldern (som någon som barnet t.ex. kan/inte kan vända sig till och få beskydd av i stunder när fara hotar). De inre arbetsmodeller som barnet utvecklar i samspelet med sina anknytningspersoner kommer att få betydelse för hur barnet samspelar med andra människor (barn och vuxna) utanför familjen.

Arbetsmodellerna utvecklas till en generaliserad förväntan på vad barnet kan förvänta sig av samspel i nära relationer (att bli uppskattad och beskyddad eller utnyttjad och hånad etc.) (Bowlby, 1973). Denna generaliserade förväntan kommer i sin tur att forma barnets sätt att närma sig och samspela med andra personer.

Uppföljningsundersökningar av barn som uppvisat desorganiserad anknytning i åldern 12–18 månader visar att dessa barn löper en allvarligt

förhöjd risk att utveckla främst aggressiva beteenderubbningar under förskole- och skolåren. Särskilt stor är risken om barnet har en desorganiserad anknytning och det samtidigt föreligger en eller flera psykosociala riskfaktorer (se ovan) (Lyons-Ruth, Alpern & Repacholi, 1993).

## Betydelsen av tidig intervention

Att mäta kvaliteten på barnets anknytning under de första levnadsåren är inte möjligt eftersom processen är i vardande. Samtidigt är det viktigt att inte dröja med att ge barnet en tillräckligt bra livsmiljö eftersom forskningen visar betydelsen av de första årens emotionella erfarenheter. Vad som framstår som nödvändigt är att med barnets utveckling i fokus värdera föräldrarnas förmåga att erbjuda adekvat omvårdnad, så att barnet ges möjlighet att forma en organiserad anknytning till föräldrarna. Det faktum att barnet mot slutet av första levnadsåret knutit an till föräldern är, som framgick ovan, i sig inget bevis på att barnet fått en tillräckligt god omvårdnad.

Vi får inte heller glömma bort att formandet av en anknytning är en rejäl investering såväl för barnet som för den förälder eller annan omvårdnadsperson som engagerar sig i barnet. Detta innebär också att vi måste skapa bättre garantier för att sådana relationer kan bli långsiktiga. Barn som tidigt i livet placeras i hem utanför den egna familjen och som skapar anknytningsrelationer till de personer som tar hand om dem, måste ha möjlighet att få behålla dessa relationer även om orsaken till omhändertagandet av barnet, t.ex. föräldrarnas missbruk inte längre är aktuell.

### Att mäta omvårdningsförmåga

Aspekter av föräldrarnas del i samspelet med sitt spädbarn som visat sig få effekt på utvecklingsprocessen är bland annat föräldrarnas förmåga att svara lyhört och förutsägbart på barnets signaler (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; van IJzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999), samt hur påträngande (initierar kontakt med barnet när barnet är upptaget av annat) respektive tillbakadragen (svarar inte på barnets upprepade kontaktförsök) föräldern är i samspel med spädbarnet (Lyons-Ruth, Bronfman & Parsons, 1999).

De aspekter av omvårdningsfunktionen som kan observeras i det omhändertagande vardagsbeteendet över tid är framför allt föräldrarnas:

- Förmåga att skydda barnet mot olika faror. Anknytningsens evolutionära ändamål är att bereda barnet skydda i situationer när fara hotar. Historiskt har detta handlat om skydd mot rovdjur etc. Idag gäller behovet av beskydd sådant som korrekt handhavande av barnet vid sjukdom, att skydda barnet mot faror i och utanför hemmet, och att vara uppmärksam på det lilla barnets grundläggande behov av temperatureglering, mat, vila och skydd mot alltför häftig stimulering.
- Lyhördhet för barnets behov, dvs. förmåga att kunna se att ibland behöver barnet lugn och ro medan det vid andra stunder behöver stimulans, och att behoven växlar över dygnet och följer barnets temperament och ålder.
- Förmåga att förmedla att barnet har en egen rätt att existera, att föräldrarna är beredda att sätta sina egna behov åt sidan för att finnas till för att stödja barnets behov.
- Förmåga till samarbete med barnet. Att flexibelt kunna finna lösningar i vardagliga situationer som gör att samvaron «flyter» dvs. kunna uppfatta sitt barns emotionella fungerande så att en utvecklingsbefrämjande dialog kan uppstå.
- Förmåga att förutsägbart och pålitligt finnas till för sitt barn så att barnet ges möjlighet att utveckla en inre bild av «hur det är att vara med mamma/pappa».

För att föräldrar ska kunna utveckla en adekvat föräldraförmåga inom dessa dimensioner krävs en emotionell flexibilitet, en förmåga att vara både ett halvt steg före, för att kunna gissa vad barnet ska ta sig till eller vad som ska ske närmast, och samtidigt vara ett halvt steg efter för att inte tränga sig på barnet utan kunna fånga upp och besvara de beteendetryck som barnet visar. I denna adaptiva kapacitet ryms också den emotionella förmågan att reparera samspel som brutit och återetablera relationen när man tappat kontakten eller missförstått varandra (Tronick m fl 1982).

## Referenser

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders 4th Ed. (DSM-IV)* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves and their home backgrounds. *The International Journal of Psychoanalysis*, 25, 19–52; 107–127.



- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. WHO monograph series, No 2. Geneva: World Health Organization.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss*. Vol. 1 Attachment. New York: Basic Books. 2:a reviderade upplagan 1982.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*. Vol. 2 Separation. New York: Basic Books.
- Cicchetti, D., & Walker, E.F. (2001). Stress and development. Biological and psychological consequences. (Editorial). *Development and Psychopathology*, 13, 413–418.
- Cicchetti, D., & Cohen, D. (red.). (1995). *Developmental Psychopathology: Vol. 2. Risk, disorder and adaptation*. New York: Wiley.
- Crittenden, P. M., & Ainsworth, M. D. S. (1989). Child maltreatment and attachment theory. I D. Cicchetti & V. Carlson (red.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. (ss. 432–463). Cambridge: Cambridge University Press.
- Crockenberg, S., & Leerkes, E. (2000). Infant social and emotional development in family context. I C. H. Zeanah Jr. (red.). *Handbook of infant mental health 2nd Ed.* (ss. 60–90). New York: Guilford.
- Damon, W., & Eisenberg, N. (red.). (1998). *Handbook of child psychology (5th Ed.): Vol. 3. Social, emotional, and personality development*. New York: Wiley.
- Dawson, G., Frey, K., Self, J., Panagiotides, H., Hessler, D., Yamada, E., & Rinaldi, J. (1999). Frontal brain electrical activity in infants of depressed and nondepressed mothers: Relations to variations in infant behavior. *Development and Psychopathology*, 11, 589-605.
- DC:0-3 (1994). Diagnostic Classification. Zero to Three/National Center for Clinical Infant Programs.
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 97-116.
- Kaufmann, J., & Charney, D. (2001). Effects of early stress on brain structure and function. Implications for understanding the relationship between child maltreatment and depression. *Development and Psychopathology*, 13, 451-471.
- Lieberman, A. F., & Zeanah, C. H. (1995). Disorders of attachment in infancy. I. K. Minde (red.), *Child Psychiatric Clinics of North America: Infant psychiatry*, (ss. 571–588). Philadelphia: Saunders.
- Lyons-Ruth, K. (1995). Broadening our conceptual frameworks: Can we reintroduce relational strategies and implicit representational systems to the study of psychopathology? *Developmental Psychology*, 31, 432-436.
- Lyons-Ruth, K., Alpern, L., & Repacholi, B. (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development*, 64, 572–585.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Parsons, E. (1999). Maternal disrupted affective communication, maternal frightened or frightening behavior and disorganized infant

attachment strategies. I J. Vondra & D. Barnett (red.), *Atypical patterns of infant attachment: Theory, research and current directions. Monographs of the Society for Research in Child development*, 64 (3) Serial No. 258, 67–96.

Lyons-Ruth, K., Zeanah, C. H., & Benoit, D. (2003). Disorder and risk for disorder during infancy and toddlerhood. I E. J. Mash & R. A. Barkley (red.), *Child Psychopathology 2nd Ed.* (ss. 589-631). New York: Guilford.

Nelson, C. A., & Bosquet, M. (2000). Neurobiology of infant development: Implications for infant mental health. I C. H. Zeanah Jr. (red.), *Handbook of infant mental health 2nd Ed.* (ss. 37-59). New York: Guilford.

Post, R.M., & Weiss, S.R.B. (1997). Emergent properties of neural systems. How focal molecular neurobiological alterations can affect behavior. *Development and Psychopathology*, 9, 907-929.

Robertson, J., & Robertson, J. (1989). *Separations and the very young*. London: Free Association Books.

Sameroff, A., & Emde, R.N. (1989). *Relationship disturbances in early childhood*. New York: Basic Books.

Sameroff, A. Seifer, R., Zax, M., & Barocas, R. (1987). Early indicators of developmental risk: The Rochester Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 383-393.

Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Models of development and developmental risk. I C. H. Zeanah Jr. (red.). *Handbook of infant mental health 2nd Ed.* (ss. 3-19). New York: Guilford.

Sameroff, A., Lewis, M., & Miller, S. (red.) (2000). *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Plenum.

Spitz, R. (1946). Anaclitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 47–53.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child development*, 59 (2–3)(Serial No. 240), 250-283.

Tronick, E. Z., Ricks, M., & Cohn, J. F. (1982). Maternal and infant affective exchange: Patterns of adaptation. I T. Field & A. Fogel (red.), *Emotion and early interaction* (ss. 83-100). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

van IJzendoorn, M., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. K. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225–249.

Williams, S., Anderson, J., McGee, R., & Silva, P. A. (1990). Risk factors for behavioral and emotional disorder in preadolescent children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 413–419.

Zeanah, C. H., Larrieu, J. A., Scott Heller, S., & Valliere, J. (2000). Infant-parent assessment. I C. H. Zeanah Jr. (red.), *Handbook of infant mental health 2nd Ed.* (ss. 222–235). New York: Guilford.



# Barns tilknytning og kognitive utvikling

---

*Anna L. von der Lippe*

Tilknytningsteori er introdusert i denne boken av Anders Broberg. I hans kapittel er teorien satt i konteksten av omsorgsvikt som gjerne forekommer i miljøer med omfattende sosial og psykisk risiko. I dette kapitlet tar jeg for meg en annen tilknytningsammenheng, nemlig den mellom barns tidlige tilknytning, deres senere læreevne (edukabilitet) og mødres lærestil i konteksten av et miljø med lav sosial risiko.

Tilknytning (Bowlby, 1969, 1973, 1989) er bare ett av flere motivsystemer. Det handler om trygghetssøking til en tilknytningsperson ved persipert fare. I tillegg til tilknytning var Bowlby særlig opptatt av utforskningssystemet som det vesentlige andre motivsystemet hos barn, som gjerne er aktivert når tilknytningssystemet ikke er aktivert. Når tilknytningssystemet er aktivert har barn vanskelig for å utforske eller lære. Blant annet slik er tilknytning og læring relatert til hverandre.

Bowlby spesifiserte også at tilknytning bare er ett av foreldre/barn systemene. Foreldre gjør mange andre ting med barn som ikke er knyttet til tilknytning-omsorgssystemet slik som disiplinering, læring, være lekepartner, rollemodell og økonomisk understøtter (Main, 1999).

Tilknytning ser i liten grad ut til å være genetisk betinget eller å være relatert til barns intellektuelle utrustning (Meins, 2000, van IJzendoorn, Dijkstra & Bus, 1995). Den har i mange undersøkelser heller vist seg å være påvirket av mødres sensitivitet overfor barns emosjonelle behov og evne til å tilpasse seg disse (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Isabella, 1993). Det har i de siste 25 årene vært gjennomført omfattende undersøkelser av relasjonen mellom mors sensitivitet og barns trygge tilknytning. I den første av disse undersøkelsene fant Ainsworth et al, (1978), en uvanlig sterk sammenheng (effektstørrelse på .78), mens De Wolff og van IJzendoorn (1997) i en metaundersøkelse av 66 senere undersøkelser fant en betydelig redusert effektstørrelse på .24. De fant at en rekke andre faktorer var like vesentlige for barns trygge tilknytning, slik som gjensidighet, synkronisitet, stimulering, positiv holdning og emosjonell støtte. Sensitivitet har i tidligere undersøkelser for det meste vært begrenset til de emosjonelle variablene varme og anerkjennelse, mens betydningen av andre variabler som sosialisering og kontroll har vært lite vurdert. Det er sannsynlig at når varme og

anerkjennelse er så hyppig undersøkt er det fordi disse variablene er sterkt knyttet til mental helse og sosial utvikling. Et utvidet sensitivitetsbegrep synes derfor nå å være påkalt.

## Forholdet mellom tilknytning og lære-evne

For det meste har senere konsekvenser av tilknytning vært knyttet til sosial og emosjonell tilpasning. Et mindre utforsket område er sammenhengen mellom tilknytning og kognitive faktorer som læreevne. Sroufe (1988) har til og med antydnet at det kan være bortkastet å søke å knytte tilknytning til utviklingsdomener det er liten teoretisk grunn til å tro vil være relatert til individuelle forskjeller i tilknytning. van Ijzendoorn, Dijkstra og Bus (1995) fant i en metaanalyse heller ikke en sammenheng med generell kognitiv evne på mer enn  $r = .09$ . De samme forskerne fant imidlertid en sterkere sammenheng mellom tilknytning og språkutvikling, noe som er støttet i senere undersøkelser. Meins (1997) fant i en serie eksperimenter at trygt tilknyttede barn ved 12 måneder hadde et større vokabular ved 19 måneder enn utrygt tilknyttede barn. Videre fant hun at barn som var trygt tilknyttet ved 12 måneder hadde mødre som ga dem mer instruktiv hjelp tilpasset barnas tidligere prestasjoner da de var 3 år enn det mødre av utrygt tilknyttede barn gjorde. Belsky og Pasco Fearon (2003) har i tillegg vist til sammenheng mellom trygg tilknytning ved 12 måneder, mødres sensitivitet ved 24 måneder og barns sosiale, språklige og kognitive kompetanse ved 3 år.

At det er sammenheng mellom mødres sensitive lærestil og barns læreevne har vært funnet i flere undersøkelser (e.g. Hartmann & Haavind, 1981; Klein, 1991; Lippe & Hartmann, 1996; Meins, 1997).

En teoretisk utfordring er å forklare sammenhengen mellom tilknytning og kognitiv utvikling. Elisabeth Meins (1997) har bidratt med en hypotese ved hjelp av flere utviklingspsykologiske delteorier og begreper som knytter sammenhengen til utvikling av mentalisering, egen påvirkningsevne (*self efficacy*) og autonomi.

Meins argument, bygget delvis på egne eksperimenter med tre–fem-årige barn, delvis på analyser av litteraturen, er at mødres sensitivitet overfor barns behov, som fører til trygg tilknytning, er et resultat av mødrenes «mind-mindedness», dvs. deres evne til å behandle spedbarnet som en separat person med intensjonalitet, tenkning og forståelse, det hun kaller en «mental agent». Mens forskning viser at barn har vanskelig for å forstå andres tenkning før de er fire år, så forutsetter sensitive mødre at de har denne forståelsen meget tidligere. Hun mener at dette hjelper barnet til selv å utvikle mentalisering, dvs. evnen til å forstå sin egen og andres tenkning (Meins, Fernyhough,

Russel, Clark-Carter, 2002). Videre mener hun at sensitive mødre lettere oppfatter barns overgang fra primær til sekundær intersubjektivitet (Trevarthen, 1979), dvs. fra barnets tidligste fokus på sosialt samspill med mor, til å endre fokus mot objekter i omgivelsene og til senere å foretrekke sosial interaksjon omkring objekter. Dette hjelper barnet til å utvikle en opplevelse av egen påvirkningsevne (self efficacy), dvs. troen på egen evne til å få til ønskede utfall. Dette fører i sin tur til at trygt tilknyttede barn også er dyktigere til å ta inn andres forslag i instruert lek. Det er funnet belegg for at barn som er vurdert som trygt tilknyttede ved 12 måneder ved 3-årsalder har større ego-resiliens, (Lütkenhaus, 1985) dvs. evne til å reagere fleksibelt, utholdende og ressursrikt særlig i problemsituasjoner. Meins fremholder at en del av mødres sensitivitet er å identifisere barns utføringsnivå i en oppgave og barnas potensiale for utvikling (deres sone av umiddelbar utvikling eller *zone of proximal development* (ZPD), Vygotsky, 1978) og å samhandle innenfor denne sonen ved å bygge kognitive «stillaser» (*scaffolding*, Wood, Bruner & Ross, 1976) som hjelper barnet til å øke sine ferdigheter og ta ansvar for oppgaven. I Meins oppfatning forutsetter dette en tendens til å oppfatte barnet som en «mental agent». Oppsummert er Meins resonnement at erfaring fra tidlig sosial interaksjon hvor omsorgspersonen demonstrerer *mind-mindedness* kan være en forutsetning for trygg tilknytning hos barn som i sin tur påvirker deres forståelse av egne og andres psykologiske tilstander og at dette øker deres læreevne. Et empirisk spørsmål er således om en vil finne sammenheng mellom barnets tidlige tilknytningsstrategier og deres senere læreevne og samtidig identifisere en lærestil hos mødre som både er relatert til barnas læreevne og tidligste tilknytningsstrategier.

Utvalget av barn, som undersøkelsen i dette kapitlet baserer seg på, vokser opp i det en vil kalle et ikke-rikisiko preget homogent miljø, det vil si et geografisk område bebodd av familier med god utdanning, god inntekt, komfortable hus og god lekeplass. Det er i utgangspunktet dristig å bruke et utvalg hvor en forventer en overvekt av trygg tilknytning hos barn, eller bare mild utrygghet, og gode opplæringsvilkår med velutdannede mødre som læremestere.

Når noen foreløpige resultater presenteres her er det fordi materialet er Kari Killéns og er et samarbeid oss imellom hvor hun har undersøkt barna som 1 åringer og jeg, i samarbeid med Ellen Hartmann, har undersøkt en del av barna som 6-åringer. Undersøkelsen bygger på en forventning om at mødres evne til å desentrere og ta den annens perspektiv (e.g. Vygotsky, 1978, Klein, 1991) er en nødvendig forutsetning for sensitivitet, både som tilknytningsfigur og i rollen som lærer, selv om sensitiviteten ikke er iden-

tisk på ulike alderstrinn. Ifølge Meins kan sensitiviteten ha det underliggende fellestrekk at mødre i begge roller behandler barn som *mental agents*.

I en tidligere undersøkelse av en indre bykjerne i Cairo, preget av en oppdragelseskontekst som er mer autoritær enn den autoritative/mottakelige og permissive oppdragelsen som de norske mødrene i denne undersøkelsen sluttet seg til (Lippe, 1999) ble det funnet at det var sammenheng mellom mors desentrerte opplæringsstil og barnas tilknytning (vurdert med Crittenden's Preschool Assessment of Attachment, 1988–1995) med en mer hjelpsom og sensitiv opplæring av de barna som var trygt tilknyttet (Lippe & Crittenden, 2000). Mødre av trygt tilknyttede barn ga mer emosjonell støtte, bedre og mer tilpasset informasjon, hjelp til å planlegge, demonstrasjon av handlingsalternativer og søking av feed-back i opplæring i et komplisert brettspill (Hartmann & Haavind, 1981) enn det de øvrige mødrene gjorde. Det var særlig mødre av barn med type A strategier, de utrygge-unnvikende, (se Broberg i denne publikasjonen) som var mindre sensitive læremestre. Mødre av barn med type C strategier, de utrygge-ambivalente (ofte kalt gjenstridige), brukte mer negative læringsstrategier enn de øvrige mødrene, dvs. de ga mer ordre uten forklaring, forvirrende informasjon og imperativ feedback. Mødres lærestil predikerte også barnas læreevne utover det som kunne forklares fra mødrenes evnenivå (Lippe & Hartmann, 1996). Barnas kognitive læreevne var ikke relatert til deres tilknytning i den egyptiske undersøkelsen, bare de motivasjonelle og affektive sidene av læreevne samt deres evnenivå.

Den foreliggende norske undersøkelsen er en delvis replikasjon av den egyptiske, men i en annen sosial og kulturell kontekst og med vurdering av tilknytning fra et tidligere alderstrinn.

Resultatene fra den ovennevnte undersøkelsen står i kontrast til Grossmann og Grossmanns undersøkelser (2000) av yngre barn. I deres undersøkelse av 12–18 måneder gamle barn var foreldres emosjonelle sensitivitet som tilknytningsfigur relatert til barnets trygge tilknytning, mens foreldrenes rolle som lekepartner eller lærer ikke var relatert. Det er derfor mulig at foreldres leke- eller opplæringsorientering var mindre relevant for barn på dette alderstrinnet. Et spørsmål er derfor om foreldres rolle som lærer kommer mer i forgrunnen på senere utviklingstrinn og at deres sensitivitet overfor barnas læringsbehov og signaler viser større sammenheng med barnas tilknytning da. På den annen side er det et åpent spørsmål om foreldre som er sensitive for ettåringens behov er de samme foreldre som er sensitive for førskolebarnets behov eller om sensitivitet ved ulike alderstrinn

er identiske eller relaterte. Vereijken, Riksen-Walraven, og Kondo-Ikemura, (1997) fant at sensitivitet hos mødre ved ett års alder var relatert til sensitivitet ved 2-årsalder, men at det bare var sensitiviteten vist ved to års alder som var relatert til barnets tilknytning ved samme alder. Det kan følgelig synes som sensitivitet ved ulike alderstrinn er relatert, men ikke identiske. Bohlin og Hagekull (2000) fant også at foreldres sensitivitet ved 1- og 4-årsalder var relatert og predikerte barns atferdsproblemer ved ulik alder, men at det var ulike sider ved sensitiviteten som var predikerende.

I den herværende undersøkelse er det bare ett av disse spørsmålene som blir adressert, nemlig sammenhengen mellom barnas tilknytning ved 1 år og deres læreevne ved 6-årsalder og mødrenes sensitive opplæringsstil på det siste tidspunktet. Stabilitet i sensitivitet kan derfor ikke dokumenteres her.

Undersøkelsens hypoteser var at

- a) barnas tilknytning ved 1-årsalder ville være positivt relatert til deres læreevne ved 6-årsalder,
- b) barnas tilknytning ved 1-årsalder ville være positivt relatert til deres mødres lærestil og
- c) barnas læreevne ved 6-årsalder ville være positivt relatert til mødrenes lærestil.

## Metoder

### Utvalg

Killèns utvalg besto av 106 familier. Barna som ble fulgt opp fra fødselen ble testet i Fremmedsituasjonen ved fylte ett år (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, (1978). Denne er beskrevet i Brobergs artikkel i denne boken. I denne laboratoriesituasjonen blir mor og barn plassert sammen med leker i et rom. Mor leser et blad. Etter en stund kommer en fremmed voksen inn og engasjerer barnet i vennlig lek. Mor reiser seg og går og kommer inn igjen etter to minutter. Det er gjenforeningen med mor som er gjenstand for koding. Barna ble kodet etter Ainsworths manual (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Femtisyv (54%) ble kodet trygt tilknyttet, 25 (23%) utrygge-unnvikende, 19 (18%) utrygge-ambivalente og 5 (5%) utenfor systemet.

En uvanlig høy prosent ble kodet utrygge-ambivalent tilknyttet i undersøkelsen. Et vanlig antall er fra 6–10 % (van Ijzendoorn & Krooneberg, 1988). Et tilsvarende høyt antall ble funnet av Bohlin og Hagekull (2000) i en svensk undersøkelse. Det høye antallet i den svenske undersøkelsen ble begrunnet med at Sverige har en fødselspermisjon på ett år, hvor mor



vanligvis er den som er hjemme hos barnet. Etter det blir barnet plassert i omsorg utenfor hjemmet av de fleste utarbeidende mødre og deltakelsen i arbeidslivet er høy hos svenske kvinner. Barna er derfor i en sårbar alder for separasjon som de skal vende seg til i denne alderen. Det er derfor sannsynlig, resonnerer disse forskerne, at en ser uvanlig mye situasjonsbetinget stress rundt separasjon som kan være forbigående. Samme resonnement kan føres for den norske undersøkelsen.

Fra dette utvalget ble trukket 45 barn hvorav 17 var vurdert som trygt tilknyttede, 17 som utrygge-unnvikende, 8 som utrygge-ambivalente og 3 som skåret utenfor systemet ved 1-årsalder. Disse 45 barna og deres mødre ble undersøkt da barna begynte på skolen, 6 år gamle. Når et så lite utvalg av type C barn ble trukket ut berodde dette på en rekoding av materialet på et senere tidspunkt som identifiserte flere barn med type-C tilknytning. Videoobservasjonene fra ett års opptakene ble kodet av minst to uavhengige kodere i den norske gruppen etter omfattende opplæring og reliabiliteten for tilknytningskoder var 80–90 % overensstemmelse da 40 % av utvalget ble kodet i Tyskland (Grossmanns gruppe) og i Sverige (Bohlin og Hagekulls gruppe).

Mødrene i 6-årsutvalget var i gjennomsnitt 37,7 år med en skolegang på 15,0 år (10–22 år). Bare to hadde ikke fullført videregående skole. Av utvalget var 20 % akademikere, 23 % var i overordnede stillinger og 15 % var selvstendig næringsdrivende. Ingen var i omsorgsykker. Bare tre var helt hjemmeværende, men flere var deltidsarbeidende og/eller med hjemmekontor. Alle bodde i eneboliger eller rekkehus.

Gjennomsnittlig var det 2 barn i familien og dette var de langt fleste.

*Kognitive mål.* Mødres sensitivitet overfor barns lærebehov og barns læringsevne ble testet ved Hartmann og Haavinds «Hestespill» (Hartmann og Haavind, 1981). Dette er et teoridrevet brettspill for 6-åringene. For å vinne må spillere planlegge omhyggelig hvorledes de vil flytte sine to hester langs en rute med mange hindringer og snarveier. Mødrene blir lært opp av en assistent og lærer selv opp et substituttbarn på eget barns alder, mens barnet blir lært opp i spillet av assistenten som gir en standard optimal instruksjon. Grunnen til at mor ikke lærer opp eget barn er at barnet ellers vil bli influert av mors opplæringstil og en vil ikke få vurdert barnas læreevne gitt like betingelser. En fare ved denne fremgangsmåten er at en derved ikke får vurdert mors sensitivitet for sitt eget barns ZPD, dvs. det området hvor mors støtte eller *scaffolding* kan hjelpe barnet til ytterligere prestasjon i forhold til det det kan klare alene. Det viser seg imidlertid at mors lærestil er den samme overfor annet barn som overfor eget barn.

Faktoranalyse av barnets atferd ga én læreevne faktor (regelmestring, planlegging, valg av alternativer og fravær av irrelevante kommentarer og inadequate reaksjoner), mens tilsvarende analyse av mors atferd ga ved rotasjon to lærestilsfaktorer, en positiv (informasjon om regler, planlegging, demonstrasjon av alternativer, søke feedback, emosjonell støtte, konkurranseaspektet), og en negativ faktor som besto av uhensiktsmessige opplæringsstrategier (spontane ordre, imperativ feedback, forvirrende informasjon). Disse analysene ga samme resultat som tidligere norske (Hartmann & Haavind, 1981) og egyptiske (Lippe & Hartmann, 1996). En kan si at de variabler som Wolff og van IJzendoorn (1997) fant var likeverdig med emosjonell sensitivitet i å predikere tilknytning: gjensidighet, synkronisitet, stimulering og positiv holdning, er representert i den positive læringstilfaktoren. En forutsetning for at mor oppnår høye positive skårer er at hun etter en generell instruksjon om spillet lar barnet ta styringen i spillet for å kunne vurdere barnets forståelsesnivå. Deretter må hun gjennom oppmuntring og anerkjennelse, instruksjon, feedback, påminnelse og planlegging, for så å overlate ansvaret til barnet, hjelpe det til å spille best mulig på hvert steg i spillet.

I tillegg tok mødrene to evnetester: Raven Progressive Matrices (Raven, Court & Raven, 1992) og Ordforståelse-deltesten av Wechsler Adult Intelligence Scale (Wechsler, 1981). Raven er en analogi test som måler særlig flytende intelligens (medfødt potensiale), mens WAIS Ordforståelse-deltest er den som korrelerer høyest med verbal intelligens delen av WAIS ( $r = .79$ , og  $.77$  med hele testen) og reflekterer særlig krystallisert intelligens (akkumulering av erfaring).

Barna ble administrert Raven Colored Progressive Matrices.

*Personlighetsmål.* Mødrene fylte ut flere selvutfyllende personlighetstester: Structural Analysis of Social Behavior, Intrex long form A (SASB-IS) (Benjamin, 1983), et inventorium om holdninger til seg selv, med vekt på ego over- og underkontroll og affiliasjon (Benjamin, 1994); Blocks Ego-resilience scale ER89 (Block & Kremen, 1995) og Loevingers Washington University Sentence Completion test av ego-utvikling (Hy & Loevinger, 1996).

SASB-IS består av to dimensjoner, affiliasjon og overkontroll/underkontroll og fremstilles i en sirkumpleks modell hvor hver variable befinner seg på sirkelens omkrets, ekvidistant fra hverandre. Sirkelen er delt i 8 segmenter eller clustre (selv-underkontrollerende, selv-bekreftende, selv-aksepterende, selv-beskyttende, selv-overkontrollerende, selv-anklagende, selv-angripende og selv-neglisjerende).

Ego-utvikling i Loevingers stadie-teori er et mål på hvilken type mening erfaringer gis og er delt i prekonforme, konforme og postkonforme stadier som ligger langs en dimensjon av modenhet (Loevinger, 1987).

Mødrene Q-sorterte også The California Child Rearing Practices Report (CRPR) (Block, 1981). En Q-sort er en metode hvor mange utsagn blir skrevet på kort som så sorteres/rangeres fra mest til minst karakteriserende av et bestemt individ, holdning eller lignende. Oftest sorteres utsagnene i en tvunget distribusjon med et bestemt antall kort i et bestemt antall kategorier. I den benyttede Q-sorten ble 91 variabler sortert i en rektangulær distribusjon med 10 kort i hver av 9 kategorier fra mest til minst beskrivende for individet (pluss 1 kort). Eksempler fra CRPR er: «Jeg mener barn skal bli sett og ikke hørt», «Jeg har aldri tatt barnet i en løgn», «Jeg oppfordrer barnet til å snakke om sine problemer» og «Jeg respekterer barnets meninger og oppfordrer det til å uttrykke dem».

## Resultater

*Tilknytning.* Tilknytning ble analysert i grupper av type-A: utrykt unnvikende tilknyttet vs resten; type-B: trygt balansert tilknyttet vs resten; og type-C: utrygt ambivalent tilknyttet vs resten i korrelasjoner. Gruppen av barn som skåret utenfor systemet var for liten til å kunne analyseres for seg. Ettersom mødres intelligens var relatert til deres lærestil og barna intelligens til deres læreevne ble partielle korrelasjoner benyttet med intelligens kontrollert for. Uten å kontrollere statistisk for det siste vil en ikke kunne si om eventuelle sammenhenger hovedsakelig var et resultat av begges evnenivå, dvs. en sammenheng som en forøvrig finner mellom foreldre og biologisk avkom i intelligens.

Det var mange variabler hvor det ikke var forskjeller mellom tilknytningsgruppene. Når det gjaldt barna var det ingen kjønnsforskjeller eller intelligensskåreforskjeller mellom tilknytningsgruppene. Dette var som forventet. Når det gjaldt mødregruppene lå gjennomsnittet av ego-utvikling på et stadium mellom konform og postkonform utvikling og det var ingen forskjell mellom gruppene når intelligens var kontrollert for. Det var det heller ikke i synet på barneoppdragelse. CRPR Q-sorteringene til hver av mødrene ble korrelert mot 4 prototyper (Q-sorts) på Baumrinds (1971) barneoppdragelses profiler, den autoritære/autokratiske, den autoritative/mottakelige, den ettergivende/permisive og den likegyldige/uengasjerte (Block, manus, Universitetet i California, 1980). Korrelasjonene ble brukt som skårer. Mødrene sluttet seg gjennomsnittlig klart til den autoritative/mottakelige profilen som i Baumrinds arbeider er assosiert med de mest

modne barna. Gruppen av mødre var således ego-utviklet noe over gjennomsnittet og med en varm og demokratisk barneoppdragelsesprofil, og de skilte seg ikke fra hverandre på disse variablene når det gjaldt barnas tilknytning.

Det var en tendens til at mødre av trygt tilknyttede barn hadde litt lavere utdanning ( $r = -.30, p < .08$ ) og derfor type yrker som krever mindre utdanning ( $r = -.31, p < .07$ ) enn de øvrige.

### **Barnas læreevne, mors desentrerte lærestil og tilknytning.**

Trygt tilknyttede barn viste signifikant høyere skårer på læreevne enn de øvrige barn ( $r = .39, p < .02$ ). Utrygge-ambivalente barn hadde signifikant lavere skårer enn de øvrige ( $r = -.39, p < .02$ ).

Når det gjaldt mødres lærestil viste mødre av trygt tilknyttede barn signifikant mer fravær av negative lærestrategier enn mødre av utrygt tilknyttede barn ( $r = -.35, p < .05$ ) og de utrygge-unnvikende barns mødre hadde signifikant mindre positive lærestrategier enn de øvrige ( $r = -.34, p < .04$ ).

Læreevne hos barna var negativt korrelert med mors negative lærestil ( $r = -.67, p < .001$ ), men var ikke signifikant relatert til mors positive lærestil.

*Mødres personlighet.* Analyse av mødrenes selvbilde på SASB-IS viste at utrygge-unnvikende barns mødre hadde et mer negativt selvbilde med større grad av selvkontroll (overkontroll skalaen) ( $r = .38, p < .02$ ) og selvkritikk (cluster 6) ( $r = .55, p < .01$ ). De skåret også lavere på ego-resiliens ( $r = -.35, p < .05$ ). Dette mønsteret viser en overkontrollert, smalfokusert og tilbakeholdt måte å forholde seg til seg selv, et selvfiendtlig selvbilde og en tendens til å være lite fleksible og ressurssterke i problemløsnings situasjoner. Disse mødrene beskrev f.eks. seg selv hyppigere på konkrete ledd som «Jeg anklager og bebreider meg selv helt til jeg føler meg skyldfull, skamfull og slem»; «Jeg iakttar meg selv nøye, holder meg selv tilbake og legger bånd på meg selv»; «Jeg holder et øye med meg selv for å være sikker på at jeg gjør det som skal og bør gjøres»; «Jeg straffer og plager meg selv forferdelig hardt; jeg lar det gå ut over meg selv». De viste en statistisk tendens ( $p < .10$ ) til å dagdrømme mindre og beundre seg selv mindre. For de øvrige gruppene vistes ingen forskjeller mellom dem og de øvrige på noen av clustrene, bortsett fra en tendens til å være mindre selvstraffende (cluster 6) og mindre overkontrollerende hos mødre av utrygge-ambivalente. På konkrete ledd beskrev de sistnevnte mødrene seg selv som kvinner som ikke la bånd på seg selv og som dårlig kjente sterke og svake sider ved seg selv og som ble mest ledet av sine følelser. Mødre av de trygt tilknyttede barna beskrev mer selvinnsikt og mindre selvstraffende holdninger.

## Diskusjon

Det var tre forhold som ble studert i denne undersøkelsen: 1) sammenhengen mellom tilknytning ved 1 år og læreevne hos barnet, 2) sammenhengen mellom tilknytning ved 1 år og mors sensitive lærestil ved barnets fylte 6 år og 3) sammenhengen mellom barnets læreevne og mors lærestil.

Når det gjelder det førstnevnte så fant en støtte for den forventede sammenhengen mellom tilknytning og senere læreevne. Intelligens var ikke relatert til tilknytning, mens den var den relatert til læreevne. Assosiasjonen viste imidlertid at bare 16 % av variansen var felles, hvilket tilsier at læreevne er en kognitiv kompetanse som er svært meget annet enn intelligens.

Den kognitive oppgaven var i dette tilfelle instruert lek. Det er mulig at det er det trygt tilknyttede barns evne til å nyttiggjøre seg instruksjon fra andre som er en vesentlig del av deres overlegne læreevne. Trygt tilknyttede barn har lært å kunne stole på mors *scaffolding* og vil overføre denne tilliten også til andre lærere.

Det andre forholdet, at tidlig tilknytning er assosiert med mors senere lærestil fant også støtte. Mødre av trygt tilknyttede barn viste nettopp at de kunne hjelpe barn på en sensitiv og optimal måte. Siden mødrene instruerte et annet barn enn sitt eget, viste de at de har en generalisert sensitiv lærestil også overfor barn hvis ZPD de ikke kjenner fra før.

Det tredje forholdet vi fant støtte for var at mødrenes lærestil var assosiert med barnas læreevne i en standard optimalt instruert lek, Det var fraværet av negative og forvirrende lærestrategier som var særlig predikerende, mens mødrenes positive lærestrategier ikke var relatert. Hos mødrene av de utrygge-unnvikende barna var det fraværet av positive, sensitive lærestrategier som var differensierende.

I den egyptiske undersøkelsen var det de positive variablene som var utslagsgivende i sammenhengen med barnas læreevne, mens det i denne norske undersøkelsen var de negative. Det er vanskelig å ha noen sikker mening om hvorfor det i det ene tilfelle er de positive og det andre er de negative læringsstrategiene som er de mest differensierende. Det kan være fordi forekomsten av positive og negative læringsstrategier var omvendt i de to utvalgene. Mens det var en overvekt av positive strategier i det norske utvalget var det en overvekt av negative strategier i det egyptiske..

Av personlighetsvariabler var det særlig selvbeskrivelsen til mødre av de utrygge-unnvikende barna som viste et problemfylt selvilde med en sterkere beskrivelse av selvkontroll og selvfiendtlighet enn de øvrige. Mødrene ble bedt om å beskrive seg selv på sitt beste og på sitt verste. Det

var ingen forskjeller i beskrivelsene av seg selv på sitt verste, mens den differensierende beskrivelsen ble gitt til 'meg selv på mitt beste'. Det er altså på sitt beste at mødrene til de utrygge-unnvikende barna ga uttrykk for større selvkontroll og selvkritikk enn de øvrige mødrene. SASB bygger på interpersonlig teori med utgangspunkt i Harry Stack Sullivan, Timothy Leary og Lorna S. Benjamins arbeider. Benjamin som har konstruert SASB bygger også på Bowlbys tilknytningsteori. Benjamin har konstruert 3 overflater, en transitiv overflate – slik en behandler andre, en intransitiv overflate, slik man forventer å bli behandlet av andre og en overflate av slik man behandler selvet. Grunntesen i interpersonlig teori at de tre overflater er isomorfe: slik man er blitt behandlet er slik man behandler andre, gjennom identifikasjon; slik man er blitt behandlet er slik man forventer og inviterer til å bli behandlet, gjennom internalisering; og slik man er blitt behandlet slik behandler man seg selv, gjennom introjeksjon. Ut fra teorien og dens empiriske underbygging vil en forvente at den mor som behandler seg selv på en overkontrollerende, fiendtlig måte også vil behandle sitt barn på like måter. Dette er også i overensstemmelse med beskrivelsen av mødre i unnvikende tilknytningsrelasjoner (Ainsworth, 1982; Isabella, 1993). At mødre av utrygge-unnvikende barn beskriver seg selv som mindre selvkontrollerende og mer affektorientert står heller ikke i motsetning til den inkonsistens i omsorg som er beskrevet i litteraturen om ambivalente tilknytningsrelasjoner. Det var lite i selvbeskrivelsene som karakteriserte mødrene av de trygt tilknyttede. Det antyder kanskje at det er mange ulike selvbilder hos mødre med trygt tilknyttede barn.

Mødre av de utrygge-unnvikende barna tilkjennega opplevelsen av minst kunnskap om seg selv. De hadde også den minst sensitive eller desentrerte lærestilen. Det er kanskje et uttrykk for at de hadde det minst aktivt reflekterende selv og var lite aktive mentale agenter i sine egne liv. Det var imidlertid de utrygge-ambivalente barna som viste dårligst læreevne og de trygge barna som viste best læreevne, med utrygge-unnvikende barn midt mellom disse. Meins foreslår at blant utrygt tilknyttede vil de utrygge-unnvikende barna lære dårlig fordi de unngår interaksjon med mor, mens de utrygge-ambivalente lærer dårlig fordi de er for opptatt av mor. Også i Meins undersøkelser av 5-åringer var de utrygge-ambivalente de som i minst grad kunne ta den annens perspektiv og forstå andres tenkning. Hvorfor en finner denne forskjellen mellom de to utrygge gruppene er uklart. Kanskje den forvirrende og passiviserende opplæringen som karakteriserte mødre av de utrygge-ambivalente hadde gitt barna mindre tillit til instruksjon fra andre og mindre mulighet til å kunne predikere interaksjon enn det fraværet av

positive strategier hadde gitt de utrygge-unnvikende. De siste kunne i det minste predikere mødrenes manglende *scaffolding*.

De foreløpige resultater som er presentert her synes å kunne støtte Meins hypotese om at mind-mindedness og mentalisering er dimensjoner som kan ligge under utvikling av trygg tilknytning hos barn og deres senere læreevne og mødres sensitivitet. Sammenhengen forutsetter at mødre behandler barnet som et intensjonalt vesen med egen forståelse av seg selv og andre og at de praktiserer en interaksjonstil som samhandler innenfor barnets ZPD og gjennom dette fremmer barnets mentalisering, tro på egen påvirkningskraft og autonomi. Denne undersøkelsen peker særlig på denne interaksjonstilens sammenheng med tidlig tilknytning og senere læreevne.

Det har vært nevnt av flere (e.g. Meins, 2000; Crittenden, 2000) at stabilitet i tilknytning og dens sosiale og kognitive korrelater vil være avhengig av et konsistent miljø over tid. Denne undersøkelsen finner sted i nettopp et slikt konsistent miljø med lav risiko for stadige og uforutsette endringer eller kriser i barnets liv. I miljøer med betydelige omskiftninger og endrede vilkår er det store muligheter for at en ikke vil finne de samme sammenhenger som er demonstrert her. Belsky og Pasco Faeron (2003) har allerede vist at mødres fortsatte sensitivitet er en moderator i kontinuitet i utvikling.

## Referanser

Ainsworth, M. D. S., Bell, D. M., & Stayton, D. J. (1971). Individual differences in Strange Situation behaviour of one year olds. I H. R. Schaffer (red.), *The origins of human social relations*. New York: Academic Press.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.

Baumrind, D. (1970). Socialization and the instrumental competence in young children. *Young Children*, 26, 104-119.

Belsky, J., & Pasco Faeron, R. M. 2003. Early attachment security, subsequent maternal sensitivity, and later child development: Does continuity in development depend upon continuity in caregiving? *Attachment & Human Development*, 4, 361-388.

Benjamin, L. S. (1983). *Intrex users' manual*. Madison, W.I.: Intrex Interpersonal Institute.

Benjamin L.S. (1994). SASB: A bridge between personality theory and clinical psychology, *Psychological Inquiry*, 5, 273-316..

- Block, J. (1961). *The Q-sort method in personality assessment and psychiatric research*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Block, J., & Kremen, A. (1996). IQ and Ego-Resiliency: Their conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 349–361.
- Block J. H. (1980). *The California Child Rearing Practices Report*. Institute of Human Development, University of California. Manus.
- Bohlin, G., & Hagekull, B. (2000). Behavior problems in Swedish four-year olds: The importance of maternal sensitivity and social context. I P. M. Crittenden & A. Claussen (red.), *The organization of attachment relationships: Maturation, context and culture*. New York: Cambridge University Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. Vol. 1-Attachment. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*. Vol. 2-Separation. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*. Vol. 3-Separation and Loss. London: Hogarth Press.
- Crittenden, P. M. (1988–1995). *The Preschool Assessment of Attachment*. PAA. Unpublished manual, Miami, Florida.
- Crittenden, P. M. (2000), A dynamic-maturational approach to continuity and change in pattern of attachment. I P. M. Crittenden & A. Claussen (red.), *The organization of attachment relationships: Maturation, context and culture*. New York: Cambridge University Press.
- De Wolff, M. S., & van Ijzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571–591.
- Fonagy, P., Steele, H, Moran, G. S., Steele, H., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200–216.
- Grossmann, K., & Grossmann, K. E. (2000). Parents and toddlers at play: Evidence for separate qualitative functioning of the play and the attachment system. I P. M. Crittenden & A. Claussen (red.), *The organization of attachment relationships: Maturation, context and culture*. New York: Cambridge University Press.
- Hartmann, E., & Haavind, H. (1981). Mothers as teachers and their children as learners. I W. Robinson (red.), *Communication in developmen*. *European Monographs in Social Psychology*, 24, (ss. 129-158). London: Academic Press.
- Hy, L. X., & Loevinger, J. (1996). *Measuring ego development*. Second edition. Personality and clinical psychology series, I B. Weiner (red.), New Jersey: Lawrence Erlbaum.



Isabella, R. A. (1993). Origins of attachment: Maternal interactive behavior across the first year. *Child Development, 64*, 605–621.

Isabella, R. A., & Belsky, J. (1991). Interactional synchronicity and the origins of infant-mother attachment. A replication study. *Child Development, 62*, 373–384.

Klein, P. S. (1991). Molar assessment and parental intervention in infancy and early childhood: New evidence. I R. Feuerstein, P. S. Klein & A. Tannenbaum (red.), *Mediated learning experience: theoretical psychosocial and learning implications*. London & Tel Aviv: Freund Publishing House.

Lippe, A. L. von der (1999). The impact of maternal schooling and occupation on child-rearing attitudes and behaviors in low-income neighborhoods in Cairo, Egypt. *International Journal of Behavioral Development, 23* (3), 703–729.

Lippe, A. L. von der, & Crittenden, P. M. (2000). Quality of attachment in young Egyptian Children. I P. M. Crittenden & A. Claussen ( Red.), *The organization of attachment relationships: Maturation, context and culture*. New York: Cambridge University Press.

Lippe, A. L. von der, & Hartmann, J. E. (1996). Mothers as mediators of meaning in the development of cognitive competence in Egyptian children. *Resources of Education (RIE), ERIC Document Reproduction Services (EDRS, Clearing House on Elementary and Early Childhood Education*, Urbana-Champaign: University of Illinois.

Loevinger, J. (1987). *Paradigms of personality*. New York: Freeman.

Lütkenhaus, P., Grossmann, K. E., Grossmann, K. (1985). Infant-mother attachment at twelve months and style of interaction with a stranger at the age of three years. *Child Development, 56*, 1538–1542.

Main, M. (1983). Exploration, play and cognitive functioning as related to infant-mother attachment. *Infant Behavior and Development, 6*, 167–174.

Meins, E. (1997a). Security of attachment and the social development of cognition. *Essays in Developmental Psychology*. New York: Psychology Press.

Meins, E. (1997b). Security of attachment and maternal tutoring strategies: Interaction within the zone of proximal development. *British Journal of Developmental Psychology, 15*, 129–144.

Meins, A., Fernyhough, C., Russel, J., & Clark-Carter, D. (2002). Security of attachments a predictor and symbolic and mentalising abilities: A longitudinal study. *Social Development*.

Monsen, J. T., Lippe, A. L. von der, Havik, Halvorsen, & Eilertsen (2004). *Validation of SASB instroject in Norway*. Manuskript.

Raven, J. C. Court, J. H. & Raven, J. (1992). *Standard Progressive Matrices, 1992 Edition*. London: Oxford University Press.

- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy: a description of primary intersubjectivity. I M. Bullowa (red.), *Before Speech: The beginning of interpersonal communication*. Cambridge: Cambridge University Press.
- van IJzendoorn, M. H., & Kroonenberg, P. M. (1988). Cross-cultural patterns of attachment: A meta-analysis of the Strange Situation. *Child Development*, 59, 147–156.
- van IJzendoorn, M. H., Dijkstra, J., & Bus, A. G. (1995). Attachment, intelligence and Language: A meta analysis. *Social Development*, 4, 115–128.
- Vereijken, C. M. J. L., Riksen-Walraven, J. M. A., & Kondo-Ikemura, K. (1997). Maternal sensitivity and infant attachment security in Japan: A longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development*, 21(1), 35–49.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in Society: The development of higher mental psychological processes*. I M. Cole, V. John-Steiner, S. Schribner & E. Souberman (red.), Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wechsler, D. (1981). *Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale – Revised*. New York: The Psychological Corporation. Norsk utgave: Engvik, H., Seim, S. & Hjerkin, O. (1978) *Håndbok for The Wechsler Adult Intelligence Scale*.
- Weinfeld, N. S., Sroufe, A., & Egeland. B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: Continuity, discontinuity and their correlates. *Child Development*, 71, 675–708.
- Wood, D. J., Bruner, J. S., & Ross, G. (1976). The role of tutoring in problem solving. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17, 89–100.



## DEL II: Omsorgssvikt

---



# Risikoadfærd hos børn og unge – hvad med forebyggelsen?

---

*Per Schultz Jørgensen*

Risikobegrebet har fået ny aktualitet, både i den personlige og mere direkte betydning – og i en mere global og verdensomspændende. Og det på trods af velstand og fremgang ikke mindst i den vestlige verden.

Det supermoderne vestlige samfund er et rigt og overskudspræget samfund. I denne del af verden er udbredt nød og materiel elendighed stort set afskaffet. Men der er kommet andre faremomenter til, som i langt højere grad er forbundet med den enkeltes egen evne til at vurdere, træffe beslutninger. Det gælder med hensyn til sundhed, levnedsmidler, transport, kultur og uddannelse, hvor det alle steder drejer sig om at udvikle den nødvendige dømmekraft og handleevne. Risikofaktorer er i en vis forstand gjort usynlige og fordrer, at den enkelte har den nødvendige kompetence. Og det er der nogen, der ikke har – derfor håndterer de risikofaktorer til skade for dem selv.

Engang var risiko entydigt forbundet med sociale forhold og viste sig som belastninger og fx som negativ social arv. Det var forhold, som den enkelte i høj grad blev påført. Disse forhold gør sig stadig gældende, også i «vores hjørne» af verden. Men der er kommet nye risikofaktorer ind i det enkelte menneskes liv, som man skal forholde sig til, og hvor den enkelte selv skal tage stilling. Det er risikofaktorer forbundet med livsstil og en individualistisk kultur.

Baggrunden for denne situation er en økonomisk og materiel velstand, der er ledsaget af omfattende moderniseringsprocesser inden for produktion, teknologi, kultur og sociale forhold. Her ligger grundlaget for et individualiseret samfund, hvor det er op til den enkelte selv at vurdere og afgøre og dermed træffe valgene. Og en del af værdigrundlaget for dette samfund er direkte formuleret som flest valgmuligheder. Det betyder imidlertid, at for masser af mennesker, er det umuligt at gennemskude konsekvenserne af, hvad de udsættes for – plus at de ikke har de samme muligheder som andre for at beskytte sig eller fjerne sig fra eksempelvis forureningen. De kan ikke flytte ud i de rene omgivelser, men lever med den daglige luftforurening fra bilernes udstødning. Derfor er der både tale om et individualiseret samfund –

og et klassesamfund: de svageste er mere henvist til at leve med nye risikofaktorer knyttet både til kemiske forhold, forurening og risici forbundet med valg af livsstil.

Derfor er der brugt betegnelsen «risikosamfund», og det er beskrevet som noget paradoksalt. Det er nemlig noget, der især udvikles af de rige samfund, og som derfor burde kunne kontrolleres og inddæmmes. Og ikke nok med det: disse risici kolporteres til andre og sagesløse befolkninger, som er ude af stand til at modstå presset. Paradokset udtrykkes af den tyske sociolog Ulrich Beck i hans store monografi «Risikosamfundet» på følgende måde: «... rigdommens kilder er «forurenende», som følge af en øgning af «farlige følgevirkninger». Dette er på ingen måde nyt, men det forblev i lang tid ubemærket i bestræbelsen på at overvinde nøden.... Moderniseringsprocessen skaber også, i et omfang som næsten overstiger den menneskelige fatteevne, flere og flere destruktive kræfter» (1997, p. 29).

Det stiller krav til den enkelte om et personligt ansvar. Men det kræver også en markeret holdning og en indsats af både samfund, offentlige myndigheder og pædagogiske institutioner. Det går ikke an bare at overlade til markedsmekanismerne selv at finde ud af det. Det handler heller ikke om blot at maksimere valgmulighederne, så den enkelte selv kan vælge det skadelige fra – for nogen har ingen valgmuligheder eller kan ikke gennemskue dem.

Derfor lægger risikosamfundet op til vægtning af både etik, opdragelse, pædagogik og forskning i konsekvenser. Risiko er kommet på dagsordenen på mange måder.

## Risikobegrebet

Risiko for et dårligt liv er traditionelt forbundet med at blive påført en sådan risiko i forbindelse med opvækst under belastende vilkår. Mange undersøgelser har dokumenteret sammenhængen mellem dårlige sociale kår og forringede chancer for en tilværelse på livets solside. De belastende livsomstændigheder kan hænge sammen med aktuelle livsforhold, et belastende arbejdsmiljø, en problematisk opvækst, ringe boligforhold, dårlig ernæring og sociale traumer. Jo flere af disse negative livsomstændigheder, desto større risiko – for sårbarhed, svækket udvikling, dårlig sundhed osv. Og de kritiske livsomstændigheder kan være aktuelle forhold eller tidligere livsomstændigheder, som så har sat sit præg på personen. De dårlige kår reproducerer sig selv i den ene generation efter den anden – som det er udtryk af Kari Killén i titlen på en af hendes seneste bøger: *Barndommen varer i generationer* (2001). En side ved denne sammenhæng skal nærmere omtales nedenfor.

Men vi taler også i dagligdagen om «at have en risiko» eller «løbe en risiko» – når denne risiko er forbundet med, at personen selv er inde i situationen med egen beslutning eller egne valg. Personen har mulighed for at vide noget om faremomenterne og har handlemuligheder, der tager højde for risikoen. I hvert fald i et vist omfang. Det er risici forbundet med personens adfærd og livsstil. Det kan være en særlig risikofyldt livsstil, præget af mange sundhedsnedbrydende træk – rygning, misbrug, stillesiddende tilværelse og en kost, der ikke fremmer sundheden. Man taler her om risikoadfærd.

Forskningen på dette område har vist, at risikoen forøges, hvis en række negative livsomstændigheder er til stede eller personen foretager sig forskellige former for skadelig adfærd for at leve op til fordringer på andre områder. Altså personen træffer nogle afvejende sammenligninger set ud fra et rationelt synspunkt – og vælger så adfærden med risikomomenterne.

Der er imidlertid ingen automatik knyttet til begrebet risiko, hverken risiko som belastning eller risiko som livsstil. Der er tale om forøget sandsynlighed for et dårligt liv sammenlignet med personer, der ikke er udsat for disse livsomstændigheder eller ikke foretager disse valg. Der er med andre ord tale om en statistisk beregnet sandsynlighed for, at kritiske omstændigheder og valg fører til et dårligt liv. Det er på denne måde risikoen skal forstås.

Det modsatte af risiko er styrke, modstandskraft, ressourcer og overskud. Eller en sundhedsadfærd, der opbygger ressourcer og giver livsmod og styrke. Derfor hænger begreberne sammen: de nedbrydende over for de opbyggende – både teoretisk og i virkeligheden. Det vil sige også i det enkelte menneskes konkrete verden: Risikofyldte livsomstændigheder kan modvirkes af modstandskraft og risikoadfærd kan balanceres af adfærd, der virker sundhedsfremmende. Det betyder, at en forebyggende indsats med fordel kan sætse på at styrke de ressourceudviklende kræfter.

I det følgende skal disse forhold belyses med særlig henblik på risikoadfærd hos børn og unge. Men først et par ord om risiko som belastning.

## Risiko som social belastning

Der er ikke meget på det sociale område, der er så veldokumenteret som forældres videregivelse af sociale vilkår til deres børn. Denne socialisering ind i en fortsættelse af belastende livsomstændigheder fra den ene generation til den næste er dokumenteret i tabeller, i casestudier af familievilkår og opdragelse, i uddannelsesforløb, i arbejdsløshed, i dårlige boligforhold, i



undersøgelser af misbrug og vold. Undersøgelse efter undersøgelse viser, at børn, der vokser op under belastende livsvilkår har betydelig større risiko for fejludvikling og generelt for et dårligt liv end børn, der har en opvækst under gunstige vilkår.

Betragtet fra en risikovinkel kan undersøgelser også dokumentere, at risikoen øges næsten ligefremt proportionalt med en stigende belastning. Hvis eksempelvis familien er udsat for både dårlige materielle livsomstændigheder, arbejdsløshed, misbrug og psykiske afvigelser er risikoen for «abnorme separationer» i barndommen (Schaffer, 2001) øget dramatisk og dermed også risikoen for manglende forældreomsorg og i det fortsatte livsforløb en «over-risiko» for egne dårlige ægtefællerelationer og udvikling af en depression som voksen. En samlet summering af risiko, der mere og mere fastlåser – og er udtryk for en reproduktion af vilkårene. Eller hvad Gustav Jonsson kaldte en social arv.

Men som forskningen også viser: de kæde-reaktioner er ikke udtryk for en automatik, selvom det kan se sådan ud fra en makrosynsvinkel. Der er tale om en forhøjet risiko og dermed sandsynlighed for en dårlig udvikling, og under visse belastninger er denne sandsynlighed overmåde stor. Men som det udtrykkes af Schaffer i hans oversigt over en del af denne forskning: «Kæder af modgange kan brydes et hvilket som helst sted, for hvert led i kæden er åben over for andre påvirkninger, der kan bryde kæden. Meget afhænger af, hvordan livsovergangene klares, for de kan enten forstærke de forudgående negative oplevelser eller tilbyde en flugtrute» (1999, 456).

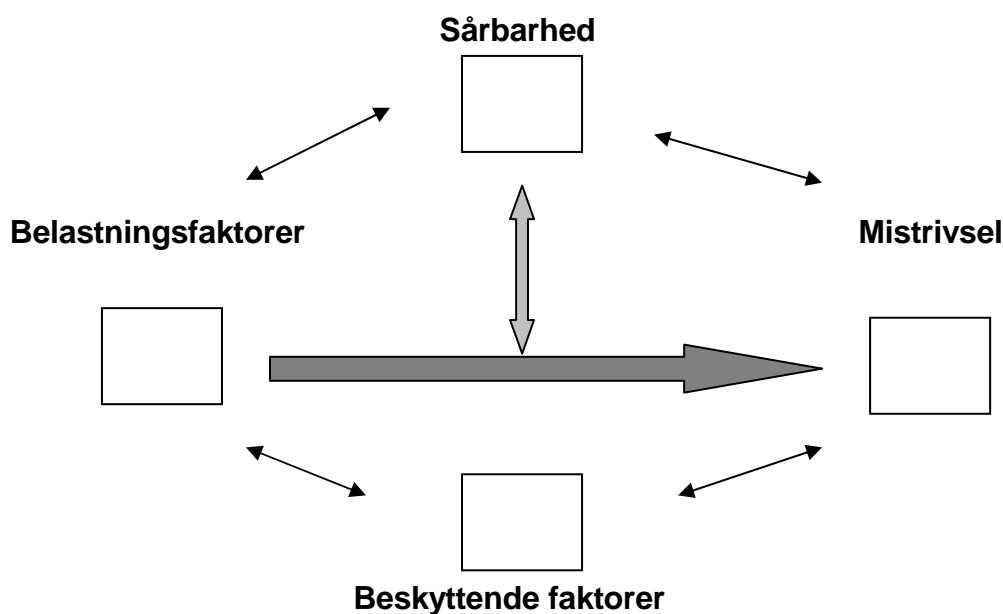
Familieforholdene er klart i fokus fra den vinkel, der drejer sig om risiko som belastning – det er understreget også i megen nordisk forskning (Egelund, 1997; Killén, 1993). Og en nyere forskningsoversigt Ogden (1999) bekræfter dette billede. Også i dag er det sådan, at der bag den svage familie ofte ligger en social virkelighed præget af forældrenes egen marginalisering, egen opvækst med ringe social og menneskelig støtte, med misbrug og udviklingen af lavt selvværd. Derfor er begrebet «social arv» et meget talende begreb, trods den uheldige antydning af, at der er tale om en næsten genetisk automatik i forældrenes videregivelse af en risiko-tilværelse til deres børn (Ekspertgruppen om social arv, 1999; Susi & Peter Robinsohns Fond, 2003). Men i betydningen, at der ofte er tale om at videregive risikofaktorer fra den ene generation til den næste, giver begrebet «social arv» mening.

Blandt de faktorer, som opfattes som stærkt medvirkende til at skabe en risikofyldt barndom er langtidsarbejdsløshed hos især faderen. Dette er dokumenteret i en dansk undersøgelse baseret på tilgængelige statistiske oplysninger (Nygaard Christoffersen, 1996): børn der vokser op med en

langtidsarbejdsløs far har fra 2–4 gange større risiko for at blive udsat for vold, familieopløsning, anbringelse uden for hjemmet og selv forsøge selvmord som ung – sammenlignet med børn, hvor faderen ikke er arbejdsløs. Arbejdsløshed påvirker de materielle forhold i familien, det påvirker ofte også forholdet mellem forældrene, de forøger faderens risiko for misbrug – og det påvirker forældreevnen. Tilsammen en kæde af risikofaktorer, der igen forøger sandsynlighed for, at barnets opvækst påvirkes negativ.

## Risikomodellen

Den model, der ofte lægges til grund for denne forskning, kan anskues således, at en række sociale og menneskelige belastninger i opvæksten øger sandsynligheden for hvad der her under ét kan kaldes en fejludvikling eller mistrivsel hos barnet. Men denne konsekvens er ikke nødvendigvis synlig og åbenbar i adfærd og handlinger, den kan vise sig som forøget sårbarhed – der igen kan «slå ud» på et senere tidspunkt som reelt dårlig livsforløb. Men heller ikke dette er nødvendigvis tilfældet: sårbarheden kan blive omsat til modstandskraft under gunstige omstændigheder eller som det udtrykkes af Schaffer: ved livsovergange kan der visse sig flugtruter (eller beskyttende faktorer), som åbner for ressourcer, både sociale og psykologisk.



En vigtig pointe er her, at jo flere belastningsfaktorer - desto større risiko for en adfærd præget af en risikofyldt udvikling som fx mistrivsel. En anden vigtig understregning sker med begrebet «beskyttende faktorer». Her er menneskets egen modstandskraft (resilience) er vigtig faktor, men her er

også de faktorer i omgivelserne, der støtter denne personlige modstand: gode materielle forhold, sammenhold i familien trods måske langvarig arbejdsløshed hos forældrene, alternative stabile kontakter til fx bedsteforældre eller professionelle voksne.

En forebyggende indsats med det lange perspektiv vil sigte mod at reducere de belastende faktorer i børns liv. En tilsvarende indsats med et kortere perspektiv sigter mod at skabe beskyttende faktorer omkring de udsatte børn. Det kan fx være i form af en pædagogisk indsats præget af trivsel, stabile voksenkontakter og kompetenceudvikling.

## Hvor mange risikobørn er der?

Det er ikke muligt præcist at angive, hvor mange risikobørn, der er i Danmark i dag. Det hænger blandt andet sammen med, at der ikke er præcise opgørelser eller oplysninger i eksisterende registre. En anden vigtig grund er, at der er tale om forskellige grader af risiko. En inddeling kan skelne mellem tre grupper af risikobørn, nemlig (1) *Problembørn*, der er den tunge gruppe med langvarige og/eller permanente behandlingsbehov (fx handicap-grupper), (2) *Truede børn*, der må forventes at skulle have en intensiv støtte over en længere periode, men hvor der er en god prognose (fx børn fra socialt belastede familier) og (3) *Børn med særlige behov*, der i en række tilfælde vil kunne klare sig gennem belastningerne med støtte fra de sociale omgivelser, men hvor en professionel hjælp vil øge udsigterne til at komme godt igennem belastningerne (fx børn i en svær skilsmissesag).

Disse tre grupper blev i begyndelsen af 90'erne (Jørgensen et al, 1993) vurderet til at omfatte omkring 15 pct. af gruppen af børn og unge i 0–18 års alderen – med omkring 5 pct. i hver af de tre risikogrupper. Omkring 10 år senere (Jørgensen, 2002) viser et forsøg på en ny vurdering af omfanget af risikobørn i Danmark, at antallet er nogenlunde det samme. På trods af indsatsen er det altså tilsyneladende ikke lykkedes os mærkbart at reducere de belastende faktorer i børns liv – eller udvikle stærkere beskyttende faktorer.

Hvilke grupper af risikobørn, der er tale om, er stærkt afhængig af de forskningsområder, der konkret dokumenterer situationen og dermed også afhængig af forskellige former for afgrænsning og klassificering. Men med udgangspunkt i nyere oversigter (Christensen, 1992; Christensen & Egelund, 2002; Egelund & Hestbæk, 2003; Hestbæk, 1997; Jørgensen, 2002; Killén, 2001, Ogden, 1999, Nygård Christoffersen, 1996, 1999) er det formentlig muligt at tale om følgende grupper af risikobørn fra en hovedsagelig social synsvinkel:

- *Omsorgssvigtede småbørn* drejer sig om de grupper af børn, hvor der er tale om grov og vedvarende omsorgssvigt fra forældrenes side.
- *Børn med funktionsnedsættelser omfatter de tidligere kendte handicap og børn med specifikke indlæringsvanskeligheder* (DAMP, ADHD, OCD, Tourette, Asperger mv.).
- *Børn anbragt uden for hjemmet* omfatter i dag en nogenlunde konstant gruppe betragtet over de sidste 10 år – og endda betragtet over de sidste 50 år
- *Børn af misbrugere* er en meget blandet gruppe, omfattende både alkohol- og stofmisbrug.
- *Fejltilpasning i skolen*, herunder offer for mobning, er en risikofaktor, der ofte er et ledsagefænomen til andre af de belastninger, som børn er udsat for, men som også har en selvstændig indflydelse.
- *Børn med anden etnisk baggrund* omfatter en kulturelt og socialt meget blandet gruppe, der er mangedoblet gennem de sidste tre årtier.
- *Børn af psykisk syge forældre* er en gruppe, der ikke mindst af Psykiatrifonden er sat fokus på gennem de senere år, det er en betydelig gruppe blandt andet fordi mange forældre med psykiske lidelser i dag behandles ambulant og medikamentelt samtidig med at de fungerer socialt i dagligdagen.
- *Børn udsat for seksuelle overgreb* omfatter både overgreb som incest i familien og pædofili i daginstitutioner eller i forbindelse med fritids-sportsaktiviteter.

Børn, der vokser op med sociale belastninger, vil have større risiko for at videreføre disse belastninger i deres faktiske adfærd. De kan udvise modstandskraft og nå frem til «flugtveje» (jf. Schaffer), men der skal så at sige ekstraordinære støttemuligheder inden for rækkevidde for at denne modstandskraft udfoldes og realiseres. Det er essensen af den forskning, der har belyst disse forhold (en nyere behandling af Cyrulnik, 2002). Men der er også tale om at advare mod en for naiv tro på, at en støttende pædagogisk indsats kan rette op på social ulighed og dermed strukturelle forhold, der bunder dybt i samfundsforholdene.

Dermed er situationen lig den, der gælder, når der er tale om risiko som livsstil. Her er der nemlig også en dyb indlejring i samfundsforhold – om end fra en anden synsvinkel. Her er der valgt en livsstil, men dette valg er også indlejret i strukturelle forhold.

## Livsstil som risiko

Begrebet risikoadfærd bruges inden for sundhedsområdet om adfærd, der i sig selv er risikofyldt. Det vil fx sige rygning eller et forbrug af øl og spiritus, der er sundhedsfarligt. Det kan også være usunde kostvaner, der kan føre til dårligt helbred generelt set, måske til overvægt – eller lige det modsatte: «undervægt» eller i den sygelige udgave: anorexi. Risikoadfærd er også forbundet med ikke at motionere og røre sig.

Det viser sig, at der er en sammenhæng mellem forskellige former for risikoadfærd (Rasmussen i Jørgensen, Holstein & Due, 2004): skoleelever (fx 9. klasse elever), der ryger, hører også til dem, der drikker forholdsvis meget – og dem, der ikke dyrker megen motion. Men – rygere har typisk et udpræget kammeratsamvær. Til gengæld er deres kontakter med forældrene ikke særlig dybtgående – og de trives ikke særlig godt i skolen. Det viser sig også, at der er sammenhæng mellem social baggrund og risikoadfærd på de fleste af de områder, der er belyst: børn og unge, der har en svagere social baggrund i familien (kontaktmæssigt og med hensyn til social klasse), har mere risikoadfærd end børn og unge med stærk social baggrund (Holstein i Jørgensen, Holstein & Due, 2004).

Det ser ud til, at risikoadfærd hænger sammen med, hvordan man selv har det, hvem man er sammen med – og hvilken social baggrund, man har. Personer med overskud løber ikke i samme udstrækning en risiko. Det gælder for børn, unge og voksne. For skoleelever ser risikoadfærd ud til at hænge sammen med stress, sociale belastninger og manglende tiltro til sig selv. I det følgende sal der gives en række eksempler herpå.

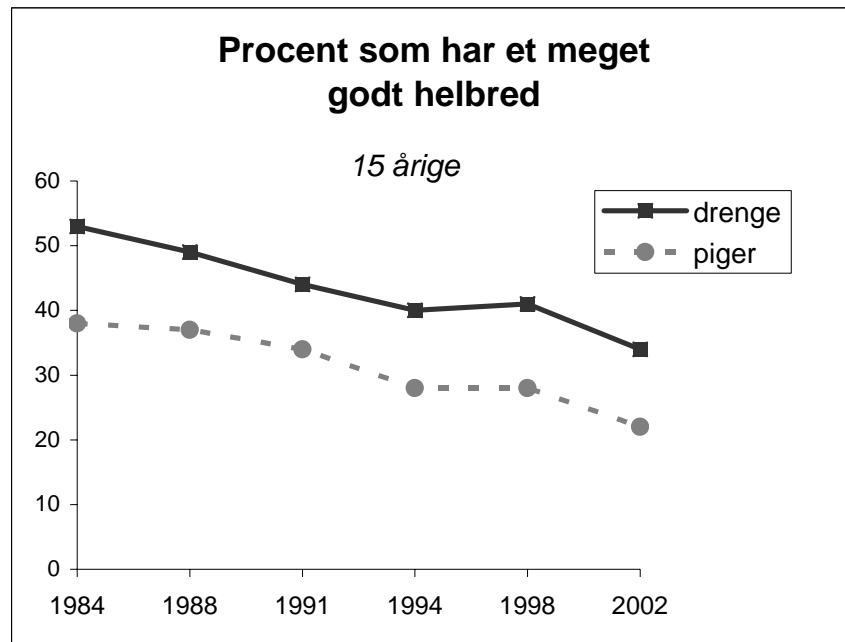
## Risikoadfærd hos de 11–15 årige

De følgende resultater bygger på HBSC-undersøgelsen. Det er en international undersøgelse med deltagelse af mere end 35 lande<sup>1</sup>.

Andelen af unge, som oplyser, at de har et meget godt helbred, er tilsyneladende dalet gennem de sidste knap 20 år. Et karakteristisk træk er både den faldende tendens og så, at drenge tilsyneladende oplever at have et bedre helbred end piger.

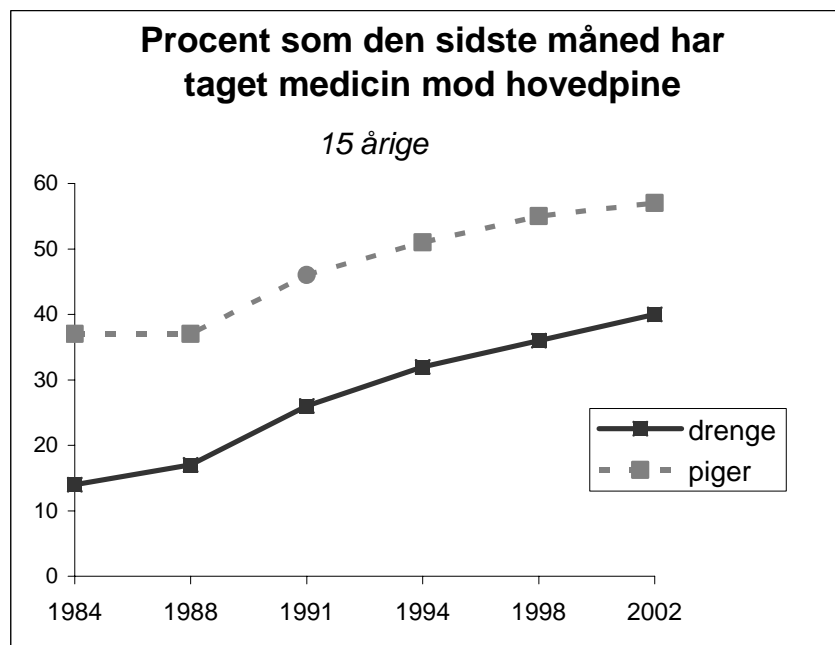
---

<sup>1</sup> I Danmark er undersøgelsen gennemført regelmæssigt hver 3. eller 4. år siden 1984. De seneste resultater er fra 2002 (se Jørgensen, Holstein & Due, 2004).



Skolebørns-undersøgelserne (HBSC).

Ser vi på spørgsmålet om at have taget medicin mod hovedpine inden for den sidste måned, ser vi samme tendens: flere har haft dette behov – og igen især piger.

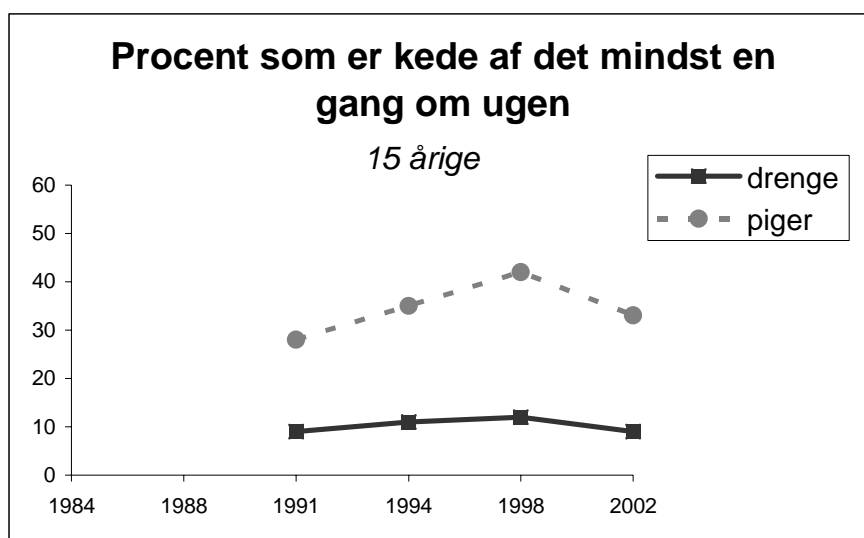


Skolebørns-undersøgelserne (HBSC).

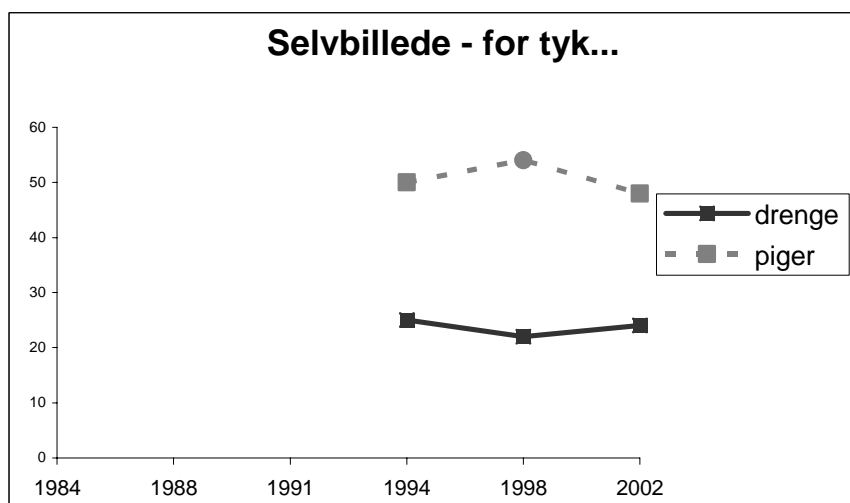
Det generelle billede er, at denne gruppe af unge åbenbart føler sig udsat for et så stort pres, at de oplever det nødvendigt at dæmpe deres indre uro, deres følelse af stress eller at stimulere sig for bedre at kunne leve op til de forventninger de enten selv eller omgivelserne stiller. De væsentlige problemer er

ikke løst med en afvisning af deres adfærd og en konstatering af, at et sådant pres er ubegrundet – og at de lever i den bedste af alle verdener. De oplever et pres, og det er her, vi skal finde årsager og forklaringsmodellerne – og dermed også finde vejen ind til den indsats, der skal til for at stille skarpt på en forebyggelse, der ikke bare er «gode råd» eller advarende bemærkninger om, at der her ligger en risiko, som på længere sigt bliver omsat i en ikke særlig hensigtsmæssig adfærd.

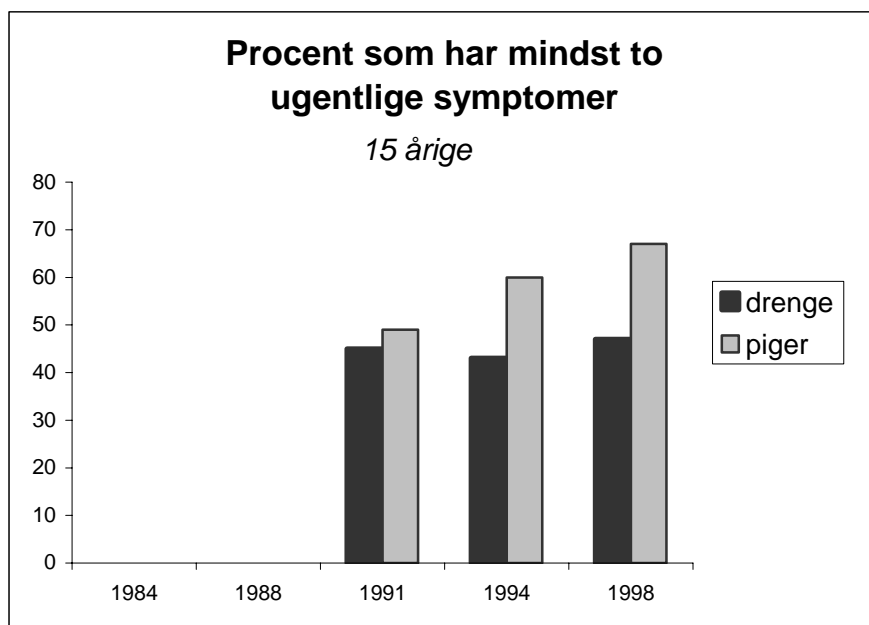
En række af de øvrige resultater fra HBSC-undersøgelsen understreger denne forståelse.



Skolebørns-undersøkelserne (HBSC).



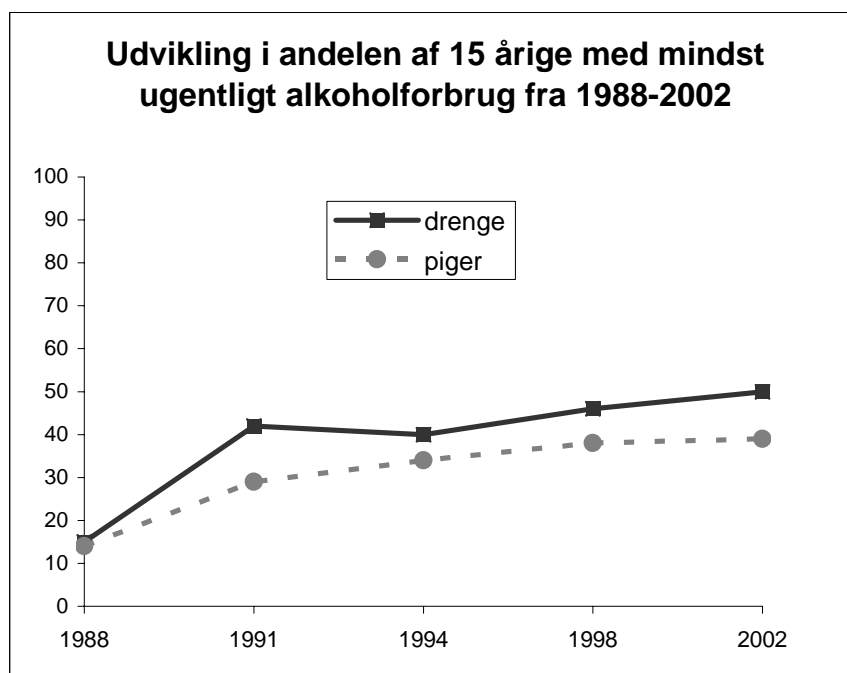
Skolebørns-undersøkelserne (HBSC).



Skolebørns-undersøkelserne (HBSC).

Det er stadig som et gennemgående mønster en udvikling, der over en kortere eller længere årrække demonstrerer, at denne gruppe af store skolebørn eller unge befinder sig i en farezone med hensyn til den adfærd, de lægger for dagen.

I et åbent og relativt tolerant samfund som det danske viser det sig også, hvad angår unges forbrug af alkohol.

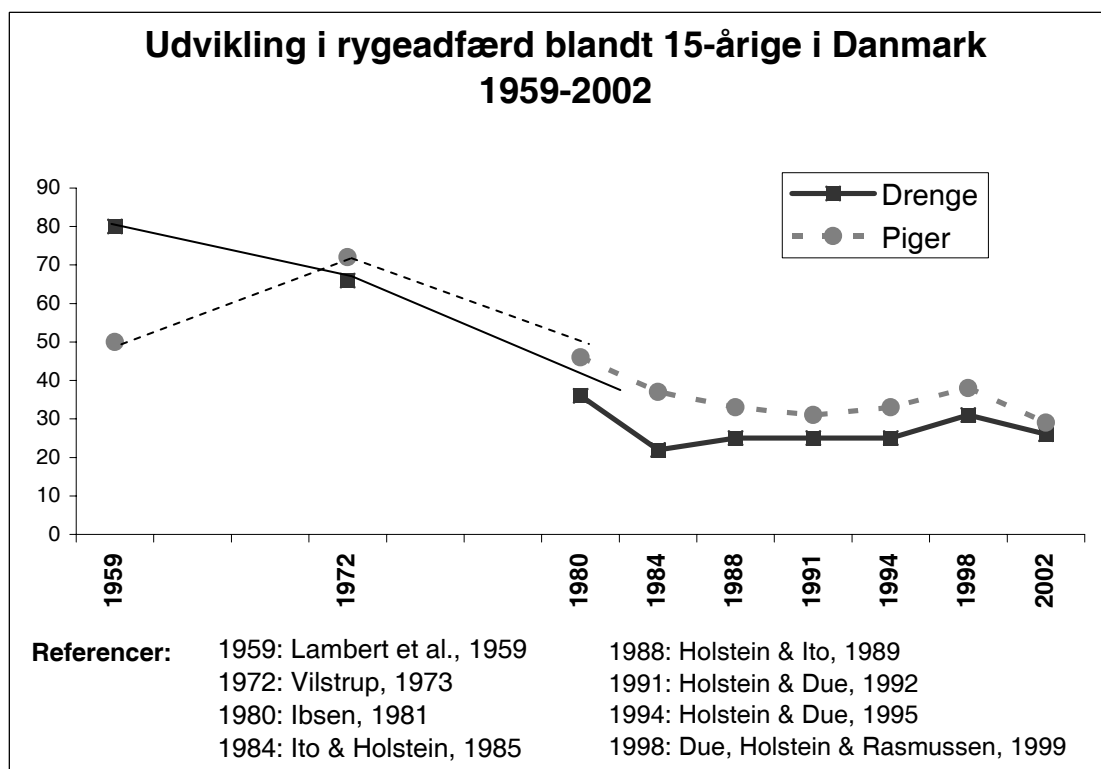


Skolebørns-undersøkelserne (HBSC).



Gennem resultaterne fra denne undersøgelse kan vi også konstatere, at der er tale om et alkoholforbrug i retning af spiritus på bekostning af øl og vin.

På et område ser der ud til at være en positiv udvikling, det er med hensyn til rygning.



*Skolebørns-undersøkelserne (HBSC).*

Denne positive trend er der grund til at bemærke og overveje: hvad ligger bag, at der på dette område synes at gøre sig andre forhold gældende end for risikoområder som medicin, alkohol og lavt selvværd. Det er i hvert fald vigtigt at medinddrage, at trende blandt unge afspejler en udvikling også for andre – og voksne – aldersgrupper. Det gør den formentlig også på de øvrige risikoområder. Dermed en antydning af, at unge har del i en livsstil, som de deler med de voksne omkring dem!

## Tre årsagsforklaringer

Børn og unge lever i dag i et åbent samfund. Der er ikke mere de stærke traditioner og kulturelle normer, der er tale om en «kulturel frisættelse» (Ziehe), som sætter den enkelte i stand til at træffe valgene. Det er en individualiseret verden, med nye krav til den enkelte – om dømmekraft, om kompetence, om uddannelse, om netværk og om at være med, være på og være in. Samtidig er der ikke mere den gamle verdens sociale kontrol.

Det stiller også børn og unge over for nye udfordringer – og nye muligheder. Her ligger en række af risikofaktorerne som måske tillokkende muligheder, fordi de giver en adgang til at komme over den usikkerhed, der ellers hører aldersgruppen til.

Samtidig er familien ikke mere den faste ramme omkring unges tilværelse. Det er familien ikke, når der er tydelige og åbenbare belastninger, og hvor forældrene selv slås med problemer – misbrug, arbejdsløshed og psykiske problemer hos forældrene. Men også de ændrede familiemønstre udgør nye rammer: forældrestress, familieopløsning hører til dagligdagen for mange unge, og her henter de måske endda inspiration til selv at leve op til en stressende livsform og nedtone risikofaktorerne betydning.

Skoleerfaringer er for alle unge af vital betydning, men her er også en stressfaktor, der sætter i hvert fald omkring en tredjedel af de unge i situationer, som de har svært ved at leve op til. Det kan være faglige krav, man ikke kan leve op til, manglende opbakning hjemmefra eller en svag kammeratkontakt, der svækker trivselen i skolen.

Disse forhold – det åbne og individualiserede samfund, de nye familiemønstre og stigende uddannelseskrav – er tilsammen en udviklingsramme, der lægger op til et sikkerhedsnet med åbne masker. Her spiller spørgsmålet om kontakt og fortrolighed en stor rolle. Har disse unge den kontakt til de nære omgivelser, der kan være med til at styrke deres kompetencer og handlemuligheder i en positiv retning?

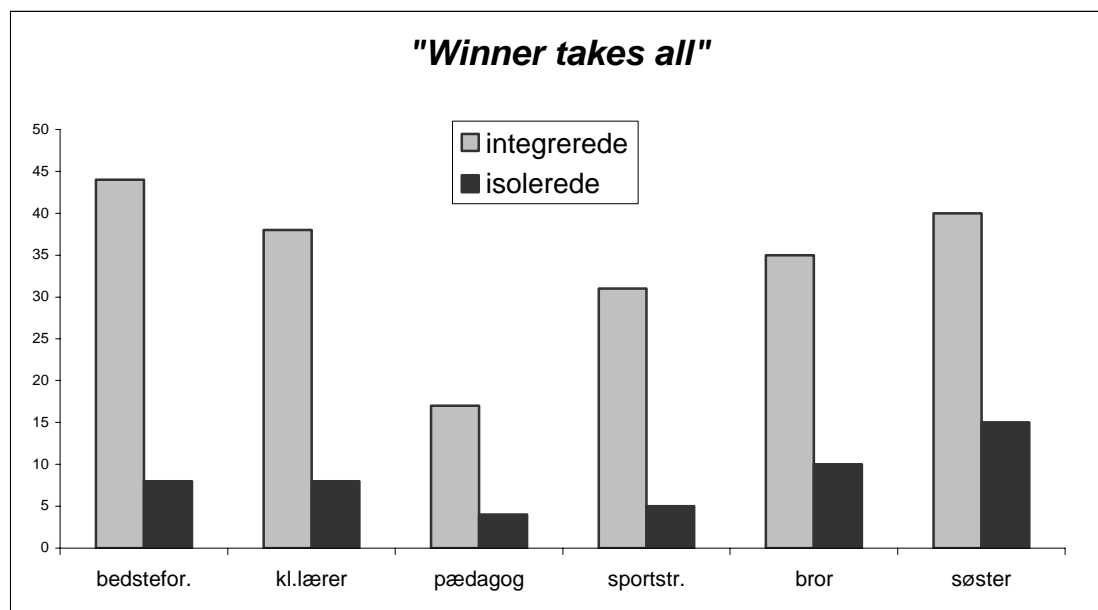
## Børn og unges fortrolighed

I HBSC undersøgelsen blev også stillet spørgsmålet om, hvem de store skolebørn har at tale med, hvis de oplever vanskeligheder. Svaret var følgende (her gengivet fra 1998 undersøgelsen):

De integrerede:	64 procent har mindst en af forældrene og venner
Forældrenes børn:	16 procent har mindst en af forældrene men ingen venner
Kammeratgruppens børn:	14 procent har venner men ikke forældrene
De isolerede:	6 procent har ingen overhovedet.

Der er flere budskaber her, der kan overraske: 20 procent oplever ikke at have deres forældre som fortrolige, hvis de er udsat for vanskeligheder. Hvad hænger det sammen med – er det forældrenes egen vanskelige situation og måske deres arbejdsmæssige belastning, der sætter en barriere for fortroligheden?

Nu kunne en mulighed for mange unge være, at finde fortroligheden uden for denne kreds af forældre og venner. Men gør de det?



Det viser sig, at den gruppe af unge, der befinder sig i den mest isolerede situation, de står også svagest, når det handler om kontakter i deres andre livssfærer. Deres kontakter til fx klasselæreren er langt svagere end de ressourcestærke unge. Det er, som om «winner takes all» effekten slår igennem over hele linjen. Eller der er en dominoeffekt: hvis en brik står svagt, er der en tendens til at andre brikker også kommer til at stå svagere. En slags kædereaktion, der stiller de svageste unge endnu dårligere – også i skolen.

### Er piger særligt sårbare?

Resultaterne peger klart i retning af, at pigerne i teenagealderen er en klar og tydelig risikogruppe med hensyn til sundhed og social adfærd. Det er, som om de går i fodsporene på deres egne mødre, der også er vandret ud i et stort offentligt og arbejdsmæssigt rum og blevet udsat for et enormt pres. For mødrenes vedkommende har de stadig tætte og store forpligtelser i familien samtidig med at de skal leve op til krav uddannelses- og karrieremæssigt. Derfor ser vi hos mange kvinder et dobbeltpres, der fører til risikoadfærd – og dalende sundhed. Disse resultater er slået tydeligt igennem hos danske kvinder i 1980erne og 1990erne.

Er det samme pres hos de store piger? I hvert fald et samfundspres, hvor frigørelse har løsnet de snærende bånd omkring rollen og samtidig forøget presset i et omfang, der gør det svært for nogen at klare presset uden at reagere med psykosomatiske symptomer.

Denne udvikling for både unge kvinder og deres mødre skal måske også ses i forhold til den feminine åbenhed, der giver nærvær og emotionalitet – og stort krav om personlig modstandskraft. Sammenlignet med traditionel maskulinitet, der i højere grad hviler på distance, aktivitet og rationalitet. Det giver andre modstandsformer hos mænd end hos kvinder: mænd er i deres emotionelle reaktioner mere defensive, kvinder mere offensive. Derfor forskellig livsstil og forskellig måde at reagere på i social krydsild og langvarig og vedvarende stress.

Dette er ikke et forsøg på forenkling, men på at se en enorm rolleændring i relation til også dybtliggende menneskelige og kønsbestemte reaktionsmønstre. Hvis disse overvejelser bare har fat i noget af virkeligheden, som den reelt ser ud for de 11–15 årige, så antyder det behovet for at forebygge og formidle de sundhedsmæssige budskaber langt mere differentieret, end vi hidtil har gjort.

Den samme synsvinkel lægges der op til hos ungdomsforskeren Kirsten Drotner, der sætter opfattelsen i relation til det kropslige:

«De lever i en kompleks hverdag, hvor der konstant stilles krav, som det er svært at leve op til. Kroppen er det eneste sted, hvor pigerne har fuld kontrol. Derfor er alle unge piger disponeret for anoreksi. De søger kontrol» (Politiken, 26. marts 2002).

Denne understregning er ekstra interessant, fordi den seksuelle frigørelse satte kroppen fri og gav plads til det spontane, det udfoldende, det autonome. Og så ser vi i de kropslige reaktionsmønstre hos de unge kvinder en ny undertrykkelse og standardisering, vi ser måske, hvad Habermas kalder en ekspropriering bag om ryggen på os. Det åbne rum blev besat af markedet, med alle budskaberne om livsstil og individualiserede valg på stribet.

## Hvad gør vi i den forebyggende indsats?

Der er ingen nemme eller «rigtige» svar, hverken over for de tunge i risikogruppen – den sociale arv, der hviler i sociale belastninger – eller den livstilsbetingede individualiserede risikotagning hos unge.

Noget vigtigt i alle tilfælde af forebyggelse er at bygge på indsigt i, hvad der virker. Der er gennemført forskning, der peger i retning af, at masseformidling er uden større effekt på dem, det mest handler om. De hører ikke budskaberne eller affærdiger dem for let.

Nogle af de resultater, der i dag er ved at vinde accept er, at indsatsen skal være rettet mod den enkelte – familie, forældre, barn eller unge. Det kan

på forhånd se ud som en umulig opgave, men skal selvfølgelig et meget langt stykke ad vejen ses i forhold til de sammenhænge, den enkelte befinder sig i. Det kan være en familie-sammenhæng, en institution, en arbejdsplads eller et socialt netværk. De virkelig truede og udsatte er dem, der ikke kan referere til et netværk eller en social sammenhæng. De er isolerede og udgør alene af den grund en højrisikogruppe.

Den forebyggende indsats og dens forankring i sociale sammenhænge mere end understreger, at i det åbne og frisatte samfund er forebyggelse forbundet med social integration. Det betyder tilhørsforhold, opgaver og funktioner, oplevelsen af fællesskab og forpligtelse og ikke mindst lægges der med integration op til individets forankring. Der er ikke nogen, der kan stå alene eller klare et pres alene, derfor er der ikke nogen anden vej end at styrke mulighederne for at basere forebyggelsen på levende normer.

Vi har længe givet forebyggelsen en kundskabsvinkel, der var rationel i sin karakter. Når blot mennesker får at vide, hvilken risiko, der er forbundet med givne forhold, handler de også logisk. Altså en model af mennesket som en der vælger og beslutter ud fra rationelle valg. Men den model holder ikke, vi tænker ikke kun intellektuelt, vi føler og trives og skaber os sikkerhed ud fra mange faktorer.

En anden model siger, at hver enkelt menneske er stillet over for en række påvirkninger og impulser, der ofte virker imod hinanden og som det enkelte menneske skal afbalancere og bringe til en vis konsensus. Mange af disse valg er svære og reelt uforenelige, hvad gør vi så? Vi lærer måske at leve med det uforenelige, at «glemme» det risikobetonede eller at opskrive den gevinst, vi opnår. En sådan balanceteori på forebyggelsesområdet peger mod flere vigtige erkendelser. En af dem er, at tage det enkelte menneske, også unge, alvorligt som socialt handlende personer, der træffer for dem «fornuftige» valg. Deres beslutninger har en mening for dem. Det kan godt være, at denne mening fra en snæver sundhedsvinkel er forbundet med højrisiko, men fra en social og identitetspræget personlig vinkel giver valget masser af mening.

En anden lærdom er, at forebyggelsen skal hvile i de sociale meninger, som også er rammen for risikoadfærden. Ellers høres budskaber ikke eller bliver afvist som netop uden mening – «for mig».

Sammenfattende skal vi – for at nå gruppen af unge med risikoadfærd – revurdere vores indsats. Vi skal forsøge at lade vore budskaber til unge afspejle den opfattelse, at deres adfærd ikke kun er risikofyldt, men også med mening i en stresset verden. Derfor skal forebyggelsen omfatte hele deres sociale situation og de balancerende valg, de foretager. De skal tages

alvorligt som mennesker, der forsøger at handle rimelig fornuftigt i risiko-situationer. Den udfordring skal de hjælpes til at takle på en mindre risiko-fyldt måde.

## Referanser

Beck, U. (1997). *Risikosamfundet – på vej mod en ny modernitet*. København: Hans Reitzel.

Castells, M. (2002). *The Rise of the Network Society*. Malden: Blackwell.

Christensen, E. (1992). *Omsorgssvigt? En rapport om de 03 årige baseret på sundhedsplejerskers viden*. Social forskningsinstituttet, 92:7.

Christensen, E., & Egelund, T. (2002). *Børnesager. En evaluering af kommunernes forebyggende arbejde*. Socialforskningsinstituttet, 02:10.

Cyrulnik, B. (2002). *De grimme ællinger. Resiliens og traumer*. København: Rosinante.

Egelund, T., & Hestbæk, A-D. (2003). *Anbringelse af børn og unge udenfor hjemmet. En forskningsoversigt*. Socialforskningsinstituttet, 03:04.

Ekspertgruppen om social arv (1999). *Social arv – en oversigt over foreliggende forskningsbaseret viden*. Social forskningsinstituttet, 99:9.

Hestbæk, A-D. (2003). *Anbringelse af børn og unge uden for hjemmet. En forskningsoversigt*. Socialforskningsinstituttet, 03:04.

Hestbæk, A-D, (1997). *Når børn og unge anbringes. En undersøgelse af kommunernes praksis i anbringelsessager*. Socialforskningsinstituttet, 97:6.

Jørgensen, P. S. (1999). Barnet i risikofamilien. I Dencik, L., & Jørgensen, P. S. (red.) *Børn og familie det postmoderne samfund* (ss. 403–421). København: Hans Reitzel.

Jørgensen, P. S. (2002). Risikobørn i Danmark – status over en 10-årig indsats. *Social Kritik*, 84, 98-110.

Jørgensen, P. S., Ertmann, B., Egelund, N., & D. Hermann (1993). *Risikobørn. Hvem er de – hvad gør vi?* København: SIKON.

Jørgensen, P. S., Holstein, B. E., & Due, P. (2004). *Sundhed på vippen*. København: Hans Reitzel.

Killén, K. (1993). *Omsorgssvigt er alles ansvar*. København: Hans Reitzel.

Killén, K. (2001). *Barndommen varer i generationer. Forebyggelse af omsorgssvigt*. København: Hans Reitzel.

Nygaard Christoffersen, M. (1996). *Opvækst med arbejdsløshed. En forløbsundersøgelse af to generationer født 1966 og 1973*. Socialforskningsinstituttet, 96:14.

Nygaard Christoffersen, M. (1999). *Risikofaktorer I barndommen – en forløbs- undersøgelse særligt med henblik på forældres psykiske sygdomme*. Socialforskningsinstituttet, 99:18.

Ogden T. (1999). *Barn og ungdoms levkår i Norden. Marginalisering av barn og unge i Norden – en kunnskapsstatus*. TemaNord 1999:547. Nordisk Ministerråd, København.

Rasmussen, M. (2003). Unge og rygning. I Jørgensen, P.S., Holstein, B. & P. Due (red.) *Sundhed på vippen. En undersøgelse af de store skolebørns sundhed, trivsel og velfærd*. (ss. 77–93) København: Hans Reitzel.

Schaffer, H. R. (2001). *Beslutninger om børn – psykologiske spørgsmål og svar*. København: Hans Reitzel.

Susi & Peter Robinsohns Fond (2003). *Social arv – begreb og realitet*. København: Susi og Peter Robinsohns Fond.

# Omsorgssvigt af det ufødte barn

Rusmidler set i et børneperspektiv

Et social- og sundhedspolitisk problem som kan forebygges

---

*May Olofsson*

Dette inlægget skal handle om omsorgssvigt af det ufødte barn, – og om rusmidler set i et børneperspektiv, – et social- og sundhedspolitisk stort problem, som kan forebygges ved tidlig og tværfaglig indsats! Således helt i tråd med de tanker og holdninger, som Kari Killén har talt og skrevet om, og som hun har formidlet rundt omkring i verden i snart en menneskealder. Jeg har for meget nylig haft den ære og fornøjelse at skrive en bog sammen med hende, «Sårbare børn», som nu er udkommet på både norsk og dansk forlag (Killén og Olofsson 2003).

## Lovgivning og det ufødte barn

Omsorgssvigt af det ufødte barn er et begreb, som juridisk set slet ikke eksisterer, – og det på trods af, at man i mere end en menneskealder har vidst, at graviditet og fødsel er den allerfarligste og vigtigste periode i et menneskes liv. Et barn er i juridisk forstand ikke et selvstændigt individ, før det er født, men er en del af moderens krop, som hun alene bestemmer suverænt over. Dog ikke, hvis det drejer sig om materielle forhold som arveret og lignende. Da er et barn et selvstændigt individ, så snart det er undfanget. Men drejer det sig om liv og førlighed, helbred, trivsel og udvikling, da tæller fostrets sårbarhed ikke. I denne sammenhæng har det ufødte barn ingen rettigheder.

## Barnets rettigheder

I Norge har man taget skridt til, via lovgivningen, at forbedre vilkårene og udviklingsmulighederne for de ufødte børn, – underretningspligten til de sociale myndigheder om gravide, som er afhængige af rusmidler, og muligheden for at tvangstilbageholde dem, indtil barnet er født (socialtjenesteloven § 6–2a)(Søvig 1999). I Danmark findes denne mulighed ikke, men en heftig debat har længe kørt for og imod at anvende tvang overfor gravide



kvinder for at beskytte børnene mod livslangt handicap. Blandt andet er Den Danske Lægeforenings Ethiske Råd blevet hørt i denne sammenhæng og har taget afstand fra tanker om at ændre lovgivningen på dette felt. Argumentationen er, at tvang overfor gravide kvinder vil angribe kvindernes integritet og ret til at bestemme over egen krop. Men hvor er *barnets* integritet henne i dette? Og *barnets* ret til at bestemme over egen krop?! Dette er blot et eksempel på, hvor langt vi i vores samfund er fra at sikre børns velfærd og børns rettigheder på trods af, at vi blandt andet har underskrevet FN's børnekonvention om Barnets rettigheder. Den omhandler nemlig *også* det *ufødte* barns rettigheder, – barnets ret til en normal udvikling og et normalt liv (FN's konvention om barnets rettigheder 1989).

## Problemets omfang

Børn og rusmidler hører ikke sammen. Rusmidler udgør en *alvorlig* trussel mod børns liv, førlighed, helbred, trivsel, udvikling og omsorgssituation på både lokalt plan, nationalt plan og på verdensplan, og er et af de alvorligste sundhedsmæssige og sociale problemer, vi har, når det gælder børn. For eksempel regnes alkohol for at være den hyppigste årsag til mental retardering hos børn i hele den vestlige verden og den eneste, som 100% kan forebygges (Hagberg et al. 1989, NIAAA 1987).

Rusmidler af mange forskellige slags er en stor og integreret del af vores samfund og vores sociale liv. Størsteparten af befolkningen anvender rusmidler i et eller andet omfang, nye rusmidler kommer til og stadig flere unge eksperimenterer med både legale og illegale rusmidler af forskellig farlighedsgrad, også gravide kvinder. I Danmark har for eksempel 80 % af gravide kvinder indtaget alkohol, og 17 % har indtaget en større mængde (7 genstande eller mere) på én gang mindst én gang i graviditeten (Olsen et al. 1987 og 1989). Danmark er det land i Europa, som har det laveste antal gravide, som er helt afholdende fra alkohol (Sundhedsstyrelsen 1999). 37 % af gravide kvinder er cigaretrygere (Sundhedsstyrelsen 1997), og anvendelsen af cannabis og afhængighedsskabende medikamenter er ligeledes stor.

Hvor stort omfanget er af børn, som i fosterlivet udsættes for rusmidler, er ukendt, men meget højt, hvis både de legale og illegale rusmidler medregnes. Flere steder i USA er foretaget anonyme undersøgelser (urinundersøgelser) for at undersøge omfanget af gravide kvinders brug af forskellige rusmidler. De viser tal helt op til 22 %, og heri er *ikke* medregnet alkohol og tobak. Hvilke konsekvenser, det vil få for de kommende generationer, tør jeg

slet ikke tænke på. Jeg skal senere i foredraget komme ind på de mere *specifikke* skader, som de forskellige rusmidler kan påføre børnene.

Statistik over hvor mange børn, der skades af rusmidler, findes ingen steder i verden. Der er tale om et meget stort mørketal. Mange af de rusmiddelskadede børn vil være at finde blandt børn med et utal af *andre* diagnoser, som slet ikke relaterer til rusmidler. Det drejer sig for eksempel om medfødte misdannelser af forskellig slags, for tidlig fødsel, lav fødselsvægt, kramper, vuggedød, dødfødsel, hjerneskade, iltmangel under fødslen, DAMP, MBD, ADHD, hyperaktivitet, retarderet udvikling, væksthæmning, dårlig trivsel, adfærdsforstyrrelser, indlæringsvanskeligheder, for nu at nævne nogle af de mange «kasser», som børn med udviklingsforstyrrelser puttes i. I langt de fleste af disse tilfælde har tilsyneladende ingen af de professionelle omkring barnet og familien haft tanker om en mulig rusmiddelrelateret problematik som årsag til barnets vanskeligheder. Dertil kommer, at rusmiddelafhængighed ofte er sammenfaldende med psykiske vanskeligheder og sociale problemer hos forældrene, hvilket yderligere forværrer børnenes situation og risiko.

## Rusmidlers betydning for børns udvikling

Hvad ved vi så egentlig om, hvad rusmidler gør ved børnene? Her skal jeg understrege, at det er det *samlede* problemkompleks hos moderen – rusmidler, sociale forhold, helbredstilstand, såvel fysisk som psykisk, samt livsstil – der udgør en trussel mod børnene såvel under graviditeten som under opvæksten – og ikke *kun* rusmidlerne. En belastet psykosocial situation og/eller helbredsmæssig dårlig tilstand under en graviditet kan *i sig selv* føre til komplicerede graviditeter og fødsler og medfødte skader hos børnene, øget sygelighed og dødelighed foruden omsorgssvigt og overgreb. Dertil kommer forældrenes *egne* opvækstvilkår og øvrige baggrundsforhold, som i *høj* grad har betydning for deres personlighedsmæssige ressourcer, herunder deres forældreevne – den negative sociale arv, som vi i Danmark for tiden taler så meget om, og som aktuelt er på den politiske dagsorden

Det er vanskeligt, – for ikke at sige umuligt – at skille tingene ad og vide, hvilke *specifikke* skadevirkninger, det enkelte rusmiddel kan medføre. Oftest er der tale om indtagelse af flere typer rusmidler samtidig under graviditeten, dels er der tale om et samspil mellem rusmidlerne, dels om et samspil mellem rusmidlerne og de psykosociale forhold og moderens helbredstilstand.

## Alkohol

Det har været velkendt gennem flere hundrede år, at alkohol er foster-skadende og kan føre til alvorlige misdannelser, hjerneskade og væksthæmning foruden specielle ansigtstræk (Lemoine et al. 1968, Jones et al. 1973, Streissguth 1997). Det er blandt andet at finde i gammel billedkunst og litteratur foruden i de levere regler, som afstikkes i forskellige religioner om, at kvinder ikke må drikke alkohol, og at der ikke må drikkes alkohol på bryllupsnatten. «Alkoholiserede kvinder får vanartede, grimme og dumme børn», som der står skrevet i nogle af de gamle skrifter

Alkohol er som bekendt det allerfarligste rusmiddel set i et børneperspektiv og samtidig det rusmiddel, som – sammen med tobak – er aller-mest udbredt. Det er jo ikke således, som jeg selv var så naiv at tro engang i mine unge og idealistiske dage, at det er de *farligste* rusmidler, som er forbudte, og de *ufarlige*, som er tilladt. Den alvorligste skade forårsaget af alkohol er, som bekendt, det føtale alkoholsyndrom, FAS, som omfatter hjerneskade, væksthæmning og karakteristiske ansigtstræk, ofte kombineret med misdannelser i et eller flere andre organer (Clarren & Smith, 1978). Konsekvenserne er oftest livslangt handicap præget af retarderet udvikling på alle områder, således både færdighedsmæssigt, intellektuelt, vækst-mæssigt og adfærdsmæssigt (Autti-Rämö, 1993; Streissguth, 1997) Den gennemsnitlige udviklingskvotient (og intelligenskvotient) ligger på 70 % svarende til sinkeområdet, med en spredning på mellem 16 og 110 %, således fra det *meget* svært udviklingshæmmede og op i normalområdet, og hvor langt de fleste af børnene *hele* livet igennem får behov for hjælpeforanstaltninger (Streissguth, 1997; Aronson & Hagberg, 1993). De kommer *ikke* til at klare en normal skolegang, men ender i specialskole, og mange af disse børn bliver anbragt uden for hjemmet. De får *aldrig* et normalt fungerende liv, hverken som børn eller voksne. Samfundsøkonomisk er de meget dyre børn, foruden de menneskelige omkostninger, der altid følger med et skadet barn.

I Danmark fødes ca. 100 børn om året med FAS (Zingenberg 1994), og ca. 300 børn om året med FAE, føtal alkoholeffekt, som er en mildere form for FAS, men ligeledes med alvorlig prognose. Derudover fødes et ukendt antal børn med andre former for medfødt alkoholskade, som kan give alvorlige udviklings- og helbredsmæssige forstyrrelser i varierende grad.

Vi skal her holde os for øje, at vi taler om børn, der som udgangspunkt har et normalt udviklingspotentiale, og som derfor ville blive helt normale, sunde børn og velfungerende voksne, hvis ikke de blev forgiftet af alkohol fra tidligt i fosterlivet. Derfor kan alle de nævnte skader på børnene forebygges, hvis man fra den allertidligste graviditet kan få kontakt med de

gravide, som har et risikoforbrug, og få ydet dem en tidlig og relevant rådgivning, behandling og støtte af både lægelig, psykologisk og social karakter under graviditet, fødsel og i barnets første leveår (Finnegan 1994, Olofsson 1997). Den bedste og vigtigste forebyggelse vil naturligvis være at få rådgivning og støtte ud, *før* kvinderne bliver gravide, og få prævention ud til de kvinder, som befinder sig i en vanskelig livssituation med rusmidler. Hyppigheden af FAS varierer lidt mellem de enkelte lande, men hyppigheden ligger som regel på 1 per ca. 600–700 fødsler (Zingenberg 1994, Sande et al. 1986, May og Gossage 2001).

## **Kokain**

Det næstfarligste rusmiddel er formentlig kokain (og crack, som er et koka-inderivat). På grund af stoffets meget kraftige blodkarsammentrækkende virkning, som blandt andet bevirker, at fostret ikke får ilt og næring nok, kan det medføre svær væksthæmning af fostret, misdannelser, moderkageløsning, for tidlig fødsel og hjerneskade (Chasnoff 1989, Mitchell 1993, Kandall et al. 1993).

## **Børnenes risiko for medfødte skader**

Generelt for gravide, som har rusmiddelproblemer, kan siges, at risikoen for børnene er abort, fosterdød, væksthæmning, iltmangel, for tidlig fødsel, komplicerede fødsler, dødfødsler, flere indgreb under fødslerne som for ex. kejsersnit, og udvikling af behandlingskrævende abstinenser. Hertil kommer hepatitis B og C og hiv, – sygdomme, som er hyppigt forekommende blandt rusmiddelbrugerne, og som i værste fald kan føre til død eller alvorlig og kronisk sygdom. Desuden er børnene generelt i risiko for medfødte misdannelser og hjerneskade (Finnegan & Kandall 1992, Kandall 1993).

## **Opvækstmiljøets betydning**

Mange af børnene vokser op under utrygge og ustabile forhold, hvor de udsættes for understimulation, følelsesmæssig afvisning, omsorgssvigt og overgreb, herunder seksuelle overgreb. Opvækst under disse forhold kan i sig selv føre til alvorlig fejludvikling såvel fysisk som psykisk, og drejer det sig om børn med en medfødt skade eller sårbarhed, kan opvækstvilkårene forstærke de medfødte skaders betydning for barnets videre udvikling (Zachau – Christiansen 1972, Christensen 1977). Et dårligt opvækstmiljø i første leveår kan forværre barnets prognose, mens et godt opvækstmiljø i

første leveår i *nogen* grad kan kompensere for den medfødte skades betydning for den videre udvikling. Tillige ved man, at børn, som har en medfødt skade, er langt mere udsatte for rejektion og omsorgssvigt end børn, der fra fødslen er sunde og normale, og man ved, at børn, som fra fødslen har en medfødt skade eller sårbarhed, er langt mere sårbare overfor en belastet omsorgssituation end børn, som er fysisk normale fra fødslen. Man ved tillige, at jo tidligere, der sker skade på et menneskes udvikling, jo alvorligere konsekvenser vil det få videre i livet.

Børn, som vokser op i familier med rusmiddelproblemer, har flere helbredsproblemer af såvel fysisk som psykisk karakter, søvnproblemer, adfærdsproblemer, skoleproblemer og indlæringsproblemer, end andre børn, og de kommer ud for flere ulykker end andre børn (Christensen 1992, Christoffersen 2002, Hansen 1994). En høj procentdel af børn, som er anbragt uden for hjemmet, kommer fra familier med rusmiddelproblemer. Børnene er tillige ofte involveret i husspektakler, herunder vidne til vold og andre voldsomheder, og ofte også direkte berørt af volden. Dertil kommer, at forældrene har en høj sygelighed med langt flere indlæggelser i både somatiske og psykiatriske afdelinger end andre forældre (Nordlie 1990, Christensen 2002). Drejer det sig om forældre med stofmisbrugsproblemer, er der tillige ofte tale om prostitution og/eller kriminalitet, som i sig selv kan medføre mange problemer for børnene, for eksempel at forældrene er meget væk fra hjemmet, i mange tilfælde som akutte og langvarige episoder (f.eks. varetægtsfængsling, isolationsfængsling m.m.). Der er tillige i disse familier ofte tale om arbejdsløshed, enlige forsørgere, materiel og kulturel fattigdom, isolation, marginalisering og manglende netværk. Børnene bliver dels ofte vidne til en masse ting, som ikke hører et barneliv til, dels pålagt et langt større ansvar for sig selv, for hjemmet og for forældrene, end de er modne til (rolleombytning), bliver pålagt mange hemmeligheder, og har ingen at dele deres angst og bekymringer med. Børnene bruger deres kræfter på alt dette på bekostning af deres egen trivsel og udvikling (Hansen 1994).

## **Børnenes prognose**

Mange undersøgelser viser, at de børn, der vokser op under de her beskrevne forhold, som voksne får mange og alvorlige problemer sammenlignet med voksne, der som børn har haft andre opvækstforhold (Nordlie 1990, Christensen 2002). De har langt flere helbredsproblemer af både fysisk og psykisk karakter, hospitalsindlæggelser, kriminalitet, rusmiddelproblemer, sociale problemer, arbejdsløshed m.m. Også i denne sammenhæng varer

barndommen hele livet. Samfundsøkonomisk koster de dyrt og belaster både sundhedssystemet og det sociale system i langt højere grad end andre i et livsforløb. Dertil kommer så de menneskelige omkostninger, der altid er forbundet med mennesker, som ikke klarer sig og ikke kan leve op til hverken egne eller andres eller samfundets forventninger, krav og normer. Også her vil jeg erindre om, at vi har at gøre med mennesker, der som *udgangspunkt* havde et normalt udviklingspotentiale og således *ville* være blevet helt normale, sunde og velfungerende, såfremt de ikke var blevet budt nogle udviklingsvilkår, som traumatiserede dem på både krop og sjæl, allerede inden de blev født.

## Efterundersøgelse af børn født af stofmisbrugende mødre

En dansk efterundersøgelse, som jeg selv foretog for snart mange år siden (1979–1981) af børn født på Rigshospitalet i København af narkotikaafhængige mødre, dokumenterer, hvor galt det går med disse børn, når de ikke får hjælp i tide (Olofsson et al. 1983 a og b). Undersøgelsen, der omhandlede 89 børn født i perioden 1970 til 1978 af 79 mødre, viste blandt andet, at kun 25% af børnene kunne betegnes som fysisk, psykisk og adfærdsmæssigt normale børn. 75% af børnene havde alvorlige udviklingsmæssige forstyrrelser. 21% var tilbage i psykomotorisk udvikling, heraf 11% i svær grad. 54% havde alvorlige psykiske og/eller adfærdsmæssige problemer i en grad, som havde ført til nærmere undersøgelse og/eller behandling og støtte. 56% af børnene var på undersøgelsestidspunktet anbragt uden for hjemmet, og af de 44%, som aktuelt opholdt sig hos deres mor, havde halvdelen været anbragt en eller flere gange uden for hjemmet. Der var således tale om en anbringelsesprocent på ca. 80%. Dertil kommer, at mange af børnene allerede fra fødslen havde haft en dårlig start, idet 20% af børnene var for tidligt født, 31% var væksthæmmede ved fødslen, 20% havde tegn på iltmangel, og 85% af børnene udviklede behandlingskrævende abstinenssymptomer efter fødslen. 12% af børnene udviklede kramper i nyfødthedsperioden.

Langt de fleste af mødrene var fortsat stofafhængige, uanset om de havde født for et år siden eller for 10 år siden. 4 mødre og 2 børn var døde.

Det skal understreges, at undersøgelsen omhandler børn, som er født *før*, der blev etableret et forebyggende og behandlingsmæssigt tilbud til gravide og børnene. Undersøgelsen viste tillige, at mødrene og børnene, hverken før eller efter fødslen, havde fået behandling, hjælp og støtte udover

børnenes behandling i nyfødthedsperioden under børnenes indlæggelse i neonatalafdelingen, og der ikke på noget tidspunkt havde været en forebyggende og koordineret indsats over for familierne. Mange af børnene var ikke blevet set af hverken sundhedsplejerske, praktiserende læge, pædagoger eller andre børnesagkyndige udover den kontakt, der var til social- og sundhedssystemet i forbindelse med akut sygdom eller akutte anbringelser uden for hjemmet. Først, når børnene nåede den undervisningspligtige alder, blev børnene set af børnesagkyndige. Ca. 1/3 af mødrene havde ikke været i kontakt med sundhedssystemet under graviditeten, ca. 1/3 havde været set i sporadisk omfang under graviditeten, og den sidste 1/3 havde været set nogenlunde regelmæssigt i normalt omfang.

## Forebyggelse

At forebygge inden for dette område er for så vidt ganske enkelt. Meget viden er gennem mange år samlet sammen vedrørende børns udvikling fra fosterstadiet og i de videre udviklingsfaser. Vi ved meget om, hvad børn kan tåle, og hvad der skader deres udvikling. Det er primært et spørgsmål om at omsætte viden til praksis. De nødvendige faglige ressourcer er til stede langt de fleste steder i vores del af verden. Det er blot et spørgsmål om at organisere og udnytte optimalt de eksisterende ressourcer på tværs af faggrænser og sektorgrænser. Der er naturligvis behov for mere forskning og erfaringsopsamling, men børnene har ikke tid og råd til at vente på resultatet af ny forskning, før der handles. Og samfundet har ikke råd til at vente med intensivering af indsats.

## Formål med tidlig intervention

Først og fremmest er det afgørende vigtigt at sikre, at flest muligt børn bliver født til tiden med normal fødselsvægt uden medfødte misdannelser, med normal Apgar-score og uden abstinenser eller andre neonatale sygdomme, og dernæst at sikre, at børnene helt fra fødslen vokser op under forhold, hvor de ikke udsættes for understimulation, omsorgssvigt og overgreb.

Det er muligt at systematisere de mange risikofaktorer, som har negativ betydning for børns udvikling, både før og efter fødslen, til brug for en systemiseret indsats, der sigter på at reducere og helst eliminere risikofaktorerne ved tværfaglig og tværsektoriel intervention. Tidlig og intensiv indsats er i sagens natur afgørende vigtig i denne sammenhæng.

## Familieambulatoriet

Familieambulatoriet ved Hvidovre Hospital og Rigshospitalet i København arbejder med forebyggelse, behandling og forskning inden for dette problemområde (Killén og Olofsson 2003). Familieambulatoriet er en tværfaglig bemandet specialafdeling for gravide rusmiddelbrugere og deres børn frem til skolealder. Organisatorisk hører Familieambulatoriet under gynækologisk-obstetisk afdeling (fødeafdeling) med funktion også i neonatalafdeling og børneafdeling. Afdelingens medarbejderstab består af læger, jordemødre, socialrådgivere, psykologer og sekretærer og arbejder i tværfaglige teams, som har ansvaret for forebyggelse og behandling i perioden fra graviditeten er konstateret og frem til det ventede barns skolestart, med hovedvægt på graviditet, fødsel, neonatal- og barselsperiode frem til, at moderen og barnet efter fødslen er udskrivningsklar fra hospitalet. Familieambulatoriet har et tæt og formaliseret samarbejde med dels andre hospitalsafdelinger (de psykiatriske og infektionsmedicinske afdelinger samt alkoholenhederne), dels med den primære social- og sundhedssektor samt andre professionelle instanser uden for hospitalet (socialforvaltningen, praktiserende læger, sundhedsplejersker, stofmisbrugsbehandlingsinstitutioner, alkoholbehandlingsinstitutioner, dag- og døgn institutioner, kriminalforsorg, gadeplansinstitutioner, Reden m.fl.).

### *Visitationen*

Visitationen er åben og uden ventetid. Lægehenvielse er ikke nødvendig. Folk kan henvende sig direkte fra gaden, og anonym henvendelse er også mulig. Alle kan således henvise og få etableret en kontakt efter behov, også akut.

### *Formål*

Formålet med Familieambulatoriets intervention er at forebygge rusmiddelrelaterede medfødte skader og sygdomme og forebygge fejludvikling, omsorgssvigt og overgreb. Målet er således, at barnet fødes efter ukompliceret graviditet og fødsel til normal tid med normal fødselsvægt, uden medfødte misdannelser, abstinenser eller andre sygdomme, og at barnet udskrives til velordnede forhold uden rusmiddelproblemer til kompetente omsorgspersoner, som er i stand til at yde barnet den nødvendige kontakt, stimulation og omsorg til sikring af en god og normal udvikling, fysisk såvel som psykisk og socialt.



### *Familieambulatoriets arbejdsområder*

Familieambulatoriet har udviklet metoder til tidlig kontaktetablering med gravide med rusmiddelproblemer, tidlig intervention på tværfaglig basis, graviditetsundersøgelser, opsøgende arbejde, afgiftning/afrusning af gravide med afhængighedsproblemer (afrusning/afgiftning kan foregå under hospitalsindlæggelse eller ambulant), psykosocial støtte, etablering af sociale hjælpeforanstaltninger afpasset den samlede families situation, hjælp og behandling til lægelige, psykiske og sociale problemer i øvrigt. Tillige tillægger Familieambulatoriet plan for observation og behandling af det nyfødte barn, støtter den tidlige mor-barn kontakt og sikrer etablering af relevante og sufficente hjælpeforanstaltninger i forbindelse med fødslen og efter fødslen. Tillige ydes rådgivning vedrørende hiv, leverbetændelse, abortrådgivning, rådgivning om prævention, etablering af prævention, plan for abortindgreb og støtte i forbindelse med dette. Familieambulatoriet tilbyder opfølgende børneundersøgelser hos læge og psykolog samt socialrådgiverstøtte efter behov frem til skolealder med henblik på at sikre, at hjælpeforanstaltninger løbende er afpasset barnets helbredstilstand, udviklingsmæssige status og sociale situation. Den ambulante opfølgning af børnene tilbydes uanset børnenes opholdssted, det vil sige uanset om børnene vokser op i eget hjem, hos plejeforældre, på døgninstitution, hos bedsteforældre eller andet sted. Så længe barnet er indskrevet i Familieambulatoriet, samarbejder Familieambulatoriet fortsat med relevante professionelle instanser uden for hospitalet, først og fremmest socialforvaltningen. De opfølgende børneundersøgelser omfatter en lægelig helbredsundersøgelse samt en udviklingsvurdering med Griffiths udviklingsskala I og II (Alin-Åkerman og Nordberg 1980), og udvalgte børn får tillige foretaget en undersøgelse af opmærksomhedsevne og koncentration med Nepsy, som er en neuropsykologisk test. Det kliniske arbejde danner tillige rammerne for forskellige forskningsprojekter vedrørende rusmidlers betydning for børns udvikling.

### *Resultater af Familieambulatoriets intervention*

Siden Familieambulatoriets etablering er der sket en radikal forbedring af børnenes vilkår og prognose. Familieambulatoriet har reduceret antallet af for tidligt fødte børn og børn med lav fødselsvægt til ca. 7%, børn med iltmangel under fødslen til ca. 5% og børn med behandlingskrævende abstinenser til ca. 60%. Tillige er der sket en betydelig reduktion af antallet af børn med føtalt alkoholsyndrom FAS og andre alkoholskader. Så godt som alle børn udskrives til velordnede og stabile forhold i rusmiddelfrit miljø i samarbejde med socialforvaltningen. En del børn udskrives til plejefamilie

direkte fra fødslen, nogle børn til spædbørns-observationshjem, og nogle børn udskrives til professionelt døgnregi sammen med en eller begge forældre (f.eks. familieinstitution eller familiepleje). 92% af børnene følges op i Familieambulatoriet, hvilket sikrer børnene et professionelt netværk og forebygger fejludvikling, omsorgssvigt og overgreb (Olofsson 1992 og 1997).

Mødrene får prævention før udskrivning fra hospitalet efter fødslen og i forbindelse med eventuel abortindgreb. De gravide kommer oftest meget tidligt i graviditeten i kontakt med Familieambulatoriet, hvorfor det bliver muligt at yde rådgivning og blive undersøgt tidligt nok til, at abort er en mulighed. Ca. 15% af kvinderne vælger abort efter rådgivning. 1/3 af disse har passeret 12. svangerskabsuge og søger derfor tilladelse via Abortsamrådet.

89% af børnene udvikler sig normalt. De 11% med udviklingsmæssige problemer er overvejende børn med medfødt alkoholskade og børn, som udskrives til hjemmet til ustabile forhold på trods af Familieambulatoriets anbefalinger til socialforvaltningen om anbringelse af barnet. De børn, som udskrives til plejefamilie, forbliver oftest i samme plejefamilie og bliver således ikke udsat for skift med hensyn til omsorgspersoner og tilknytningspersoner.

De børn, som udskrives til plejefamilie umiddelbart efter fødslen med eller uden moderen, har de mest stabile opvækstvilkår sammenlignet med de børn, som enten udskrives til døgninstitution alene eller sammen med moderen, eller til hjemmet med forskelligt omfang af hjælpeforanstaltninger.

Som bekendt koster det samfundet millioner af kroner at behandle og hjælpe et handicappet barn og dets familie – et barn, som vil have hjælpebehov resten af livet, også i voksenalderen. Derudover kommer de menneskelige omkostninger, som følger med. Har Familieambulatoriet reddet blot eet barn godt igennem, har samfundet tjent på indsatsen.

Familieambulatoriets interventionsmodel er udviklet til brug også for andre grupper af gravide med alvorlig psykosocial problematik, f.eks. psykisk syge, psykisk udviklingshæmmede, tungt socialt belastede m.fl. Interventionsmodellen kan let etableres langt de fleste steder uden nødvendigvis først at tilføre ekstra ressourcer. Det er, som tidligere nævnt, et spørgsmål om organisering, strukturering og prioritering af de allerede eksisterende ressourcer.

Sundhedsministeriet i Danmark anbefaler, at Familieambulatoriets interventionsmodel etableres i alle amterne i Danmark.

## Psykisk syge gravide med rusmiddelproblemer (dobbel diagnose) og andre meget tungt belastede gravide

Familieambulatoriets erfaring er, som det fremgår af ovenstående, at langt de fleste af de rusmiddelafhængige gravide *er* motiverede for behandling, hjælp og støtte, kan fastholdes i behandling i et længere forløb og kan profitere af den tværfaglige intervention i et omfang, som kommer deres børn betydeligt til gode. Men der er en lille restgruppe på ca. 10%, som ikke kan nås ved hjælp af den beskrevne model. Det drejer sig især om psykisk syge gravide med rusmiddelafhængighed og/eller overforbrug psykofarmaka (dobbel diagnose, dual diagnosis), men også om andre tungt belastede gravide.

Det er ikke muligt at nå denne gruppe med de muligheder, der gives for behandling inden for rammerne af den nugældende lovgivning i Danmark. Det er ikke muligt ad frivillighedens vej at etablere en tilstrækkelig kontakt med de meget tungt belastede gravide og fastholde dem i et behandlingsforløb i en grad, som kommer det ventede barn tilstrækkeligt til gode.

Familieambulatoriet har foretaget en undersøgelse af, hvordan det er gået med 60 psykisk syge gravide kvinder og deres børn, som har været i kontakt med Familieambulatoriet i en tiårig periode (Olofsson 1998). Børnene tilstand var efter fødslen og neonatalperioden ligeså dårlig som tilstanden hos de børn, der indgik i den tidligere omtalte efterundersøgelse af børn af stofmisbrugende mødre, og som var født før, der var et tilbud til gravide rusmiddelbrugere. Forud for henvisningen til Familieambulatoriet havde de 60 kvinder født i alt 40 børn, hvoraf 4 var døde af omsorgssvigt (10%) og 4 var forsøgt dræbt af deres mor, men havde overlevet (yderligere 10%). Der var således en potentiel børnedødelighed på 20% i denne børnegruppe, hvilket tydeligt dokumenterer, hvor udsatte disse børn er. De 40 børn var født uden tværfaglig indsats under graviditeten og var derfor udskrevet til deres mødre efter fødslen og uden hjælpeforanstaltninger. Vedrørende de 60 nye børn, 59 levende fødte, var der via Familieambulatoriet i samarbejde med socialforvaltningen *før* fødslen tilrettelagt en handleplan, som forelå på fødselstidspunktet, og disse børn blev derfor *ikke* efter fødslen udskrevet uden omfattende hjælpeforanstaltninger.

Disse resultater i kombination med Familieambulatoriets øvrige erfaringer dokumenterer tydeligt, at de eksisterende rammer og muligheder for behandling og beskyttelse af børnene langt fra er tilstrækkelige. Der må andre metoder til for at nå disse gravide og deres børn.

## Muligheder for tvangsindlæggelse

I Norge har det siden 1996 været muligt at tvangsindlægge gravide med rusmiddelproblemer for at forebygge alvorlige skader på det ventede barn (Søvig 1999). I Danmark er det *ikke* muligt at tvangstilbageholde gravide rusmiddelafhængige. Af hensyn til børnenes liv og førlighed er der et klart behov for, at det i helt særlige tilfælde skal være muligt at gribe til tvangstilbageholdelse af gravide. I Danmark er der per 1. januar 2001 ved lov indført skærpet underretningspligt for professionelle vedrørende gravide med rusmiddelafhængighed. Den nye lov i Danmark er et skridt på vejen til bedring af højrisiko børns vilkår og prognose, men er langt fra tilstrækkelig. Der er fortsat *ikke* mulighed for at stille krav eller iværksætte hjælpeforanstaltninger uden samtykke, *før efter* barnet er født.

Der er behov for at have en lovgivning, som sikrer det ufødte barns ret til en normal udvikling og omsorg i tilfælde, hvor barnets liv og udvikling er alvorligt truet. Det er nødvendigt at have mulighed for tvangsforanstaltninger, som man har det for *fødte* børn. Da vi i Danmark har en lov, som giver ret til at vælge barnet fra før 12. svangerskabsuge og en mulighed for at vælge barnet fra via ansøgning til Abortsamrådet på et senere tidspunkt i graviditeten, bør en beslutning om at gennemføre graviditeten medføre et vist *minimum* af krav om ansvar og omsorg for det ventede barn. Også forældrene svigtes, når der ikke sættes optimalt ind for at forhindre, at deres børn skades. Familieambulatoriet har flere eksempler på, at gravide selv beder om at blive tvangstilbageholdt. Udtalelser som: «Lås døren, så jeg ikke går ud og gør det, som jeg ikke ønsker at gøre, men som jeg ikke kan lade være med at gøre, og som jeg ved, vil skade mit barn» har vi hørt fra flere gravide, som var indlagt på svangreafdelingen på Hvidovre hospital og Rigshospitalet. Mødrene skal resten af deres liv leve med skyldfølelse over, at de har påført deres barn et livslangt handicap. «Hver gang jeg ser på mit barn, kigger han på mig med et bebrejdede blik. Jeg kan næsten ikke holde ud at se ham ind i øjnene.» (citat fra en mor til en alkoholskadede dreng).

Forældre i en vanskelig livssituation ønsker i samme grad som andre forældre det bedste for deres børn.

## Ønske om lovændring

Den nuværende lov i Danmark vedrørende børns velfærd bør udvides til at omfatte de sidste måneder af graviditeten, hvor fosteret har nået en alder og størrelse, hvor det vil være levedygtigt, hvis det blev født, men hvor mulig-

heden for abort ikke længere er til stede. Hvis det ufødte barn i juridisk forstand er et selvstændigt individ fra dette tidspunkt af graviditeten, vil det have samme rettigheder som *fødte* børn med mulighed for tvangsforanstaltninger i tilfælde af omsorgssvigt og mishandling. Inden der gribes til tvangsmæssige foranstaltninger, skal der selvfølgelig have været et tilbud om hjælp og behandling og gjort et intensivt forsøg for at iværksætte foranstaltninger på frivillig basis (Olofsson 1998).

En lovgivning på området ville sikre mulighed for en tidligere indsats over for svært truede børn.

Det er ud fra alle betragtninger uacceptabelt, at børn skal betale med deres liv og førlighed for forældrenes ret til at opfylde egne kortsigtede behov før fødslen.

Tillige er det et stort samfundsøkonomisk og etisk problem, at der fødes handicappede børn, hvis handicap *kunne* være forebygget, og at børn omsorgssvigtet og mishandles, når det *kunne* være forebygget.

Børn er fremtidens råstof. Det er dem, der skal føre samfundet videre. Men det kan de kun, hvis de er sunde og normale fra fødslen. Det er vores *fælles* ansvar at passe godt på vores *fælles* børn.

Sunde børn er alles ansvar.

*Omsorgssvigt er alles ansvar*, som en af Kari Killèns mange fortræffelige bøger hedder.

## Referanser

Alin-Åkerman, B., & Nordberg, L. (1980). *Griffiths Utvecklingsskalor I og II*. Stockholm: Psykologiförlaget.

Aronsen, M., & Hagberg, B. (1993). *Hur har det gått för de alkoholskadade barnen? Uppföljningsstudie av barn till alkoholiserade mödrar*. Läkartidningen.

Autti-Rämö, I. (1993). *The outcome of children exposed to alcohol in utero*. Helsinki: Department of Child Neurology, University of Helsinki.

Chasnoff, I.J. (1989). Cocaine, pregnancy and the neonate. *Women and health*, 15 (3), 2335.

Christensen, V. (1977). *Socialmedicinsk Grundbog*. København: Gyldendal, 5664.

Christoffersen, M. N. (2002). *The longterm consequences of parental alcohol abuse. A cohort study of children in Denmark*. Working paper. The Danish Institute of Social Research.

- Clarren, S. K., & Smith, D. W. (1978). Medical progress: The Fetal Alcohol Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 298, 1063–1067.
- Finnegan, L. P. (1994). Perinatal morbidity and mortality in substance using families: Effects and intervention strategies. *Bulletin on Narcotics*, XLVI (1), 19-43.
- Finnegan, L. P., & Kandall, S. R. (1992). Maternal and Neonatal effects of Alcohol and Drugs. I J. H. Lowinson, P. Ruiz & R. B Millman (red.), *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*. Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins, 628.
- Hagberg, B., Hauberg, G., Lewerth, & A., Lindberg, U. (1981). Mild mental retardation in Swedish school children. *Acta Paediatr Scand*, 70, 441–444.
- Hingenberg, H. J. (1994). *Prevalence of FAS in Denmark* (Hyppigheden av FAS i Danmark). Manuskript.
- Jones, K. L., Smith, D. W., Ulleland, C. N., & Streissguth, P. (1973). Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *Lancet*, 1, 1267-1271.
- Kandall, S.R. (1993). *Improving treatment for drug-exposed infants*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. U.S. Department of Health and Human Services. Rockville. DHHS Publication no (SMA).
- Killén, K. & Olofsson, M. (2003). *Sårbare børn*, Akademisk Forlag, København.
- Killén, K. & Olofsson, M. (2003). *Det sårbare barnet*, Kommuneforlaget AS, Oslo.
- Lemoine, P., Harosseau, H., Borteyu, J. P., & Menuet, J.C. (1968). Anomalies observed. *Quest Medical*, 21, 476-482.
- May, P. A., & Gossage, J. P. (2001). Estimating the prevalence of fetal alcohol syndrome. A summary. *Alcohol Research & Health*, 25, 159–167.
- Mitchell, J. L. (1993). *Pregnant, Substance-Using Women*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, 46.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAA) (1987). *Sixth special report to the U.S. Congress on alcohol and health*. Washington D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.
- Nordlie, E. (1990). Somatiske symptomer hos rusmiddelbrukernes familier. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 110 (6), 725–726.
- Olofsson, M., Buckley, W., Andersen, G. E., & Friis-Hansen, B. (1983a). Tilstanden i neonatalperioden hos 89 børn født af stofmisbrugende mødre. *Ugeskrift for læger*, 145 (8), 565-567.
- Olofsson, M., Buckley, W., Andersen, G. E., & Friis-Hansen, B. (1983b). Efterundersøkelse af 89 børn af stofmisbrugende mødre. *Ugeskrift for læger*, 145 (8), 567–570.
- Olofsson, M. (1992). Særlige socialmedicinske problemer i graviditeten. I: Michelsen N. et al. (red.), *Klinisk socialmedisin*. København: Munksgaard.

Olofsson, M. (1997). *Consequences of drug misuse during pregnancy*. Pregnancy and drug misuse. Proceedings Symposium organised by the Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group). Strasbourg.

Olofsson, M (1998). Prænatalt omsorgssvigt. *Ugeskrift for læger*, 160 (19), 2906-2909.

Olsen, J., Frische, S., Kirchheimer, H., & Poulsen, A. O. (1987). Alkoholvaner blandt gravide i Odense 1985-1986. *Ugeskrift for læger*, 149, 1420-1422.

Olsen, J., Frische, S., Poulsen, A. O., & Kirchheimer, H. (1989). Changing smoking, drinking and eating behaviour among pregnant women in Denmark. Evaluation of a health campaign in a local region. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 17, 277-280.

Streissguth, A.P. (1997). *Fetal Alcohol Syndrome*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.

Sundhedsstyrelsen (1995). Graviditet og rygning. Dokumentation og intervention. *Forebyggelse og sundhedsfremme*, nr. 5, København.

Sundhedsstyrelsen (1999). Graviditet og alkohol. *Forebyggelse og sundhedsfremme*, nr. 15, København.

Sande, H. A., Vold, I., Lindemann, R., & Duckert, M. (1986). Den gravide rusmiddelbruker. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 106, 2315-2318.

Søvig, K.H. (1999). *Tvang overfor gravide rusmiddelbrukere*. Sosialtjenesteloven § 6-2a. Oslo: Kommuneforlaget Telemark fylke (1988). Telemark fylkes rusplan. Skien: Telemark fylke.

Zauchau-Christiansen, B. (1972). *The influence of prenatal and perinatal factors on development during the first year of life*. Helsingør: Poul A.Andersen.

Zingenberg, H. J. (1994). *Prevalence of FAS in Denmark* (Hyppigheden av FAS i Danmark). Manuskript.

# Förskolebarn och omsorgssvikt

---

*Karin Lundén*

Barn i Sverige och kanske i Norden som helhet har det på många sätt bra. Vi har fortfarande en relativt god levnadsstandard. De flesta av våra barn rapporteras från olika håll ha ett gott hälsotillstånd och växa upp under trygga och stimulerande förhållanden (Socialdepartementet, Ds 1996/57; Socialstyrelsen, 2001; SoS-rapport 1997:18; SOU 1998:31). Vi har goda institutioner för att tillgodose barns behov. Två av de viktigaste är barnhälsovården och barnomsorgen då de når så gott som samtliga barn i åldrarna 0 till 6 år. De har därmed stora möjligheter att tidigt upptäcka om ett barns utveckling är i fara p.g.a. omsorgssvikt (Aurelius & Nordberg, 1994; SOU 1997:116; SOU 1998:31).

Barnhälsovårdens yttersta mål är att medverka till en så god fysisk, psykisk och social hälsa som möjligt för alla barn. För några år sedan genomfördes en s.k. State-of-the-Art konferens, där valda delar av barnhälsovårdens verksamhet belystes (Medicinska Forskningsrådet, 1999). Under barns två första levnadsår är barnhälsovården en av de få samhällliga institutioner, som har möjlighet att tidigt uppmärksamma behovet av insatser för barn. En viktig uppgift ansågs vara att identifiera barn, som riskerar en avvikande utveckling.

I det dokument som State-of-the-Art konferensen resulterade i betonas barnhälsovårdens uppgift i förhållande till omsorgssviktande familjer. Där sägs att barnhälsovården, när det gäller barn, vars fysiska och psykiska utveckling är i fara, har till uppgift att (1) identifiera utsatthet, (2) ge stöd och hjälp och (3) där så erfordras fullgöra anmälningsskyldigheten enligt kap. 14 § 1 Socialtjänstlagen (Medicinska Forskningsrådet, 1999, s. 28).

Barnomsorgen når inte fullt så många barn som barnhälsovården, eftersom något färre barn är inskrivna här. Barnomsorgens uppgift är pedagogisk. Bland de övergripande målen för barnomsorgens verksamhet nämns att barnomsorgen skall 'genom en pedagogisk gruppverksamhet ge barnen stöd och stimulans för deras emotionella, sociala och intellektuella utveckling och bidra till goda uppväxtvillkor'. De skall också ge 'barn med behov av särskilt stöd' för sin utveckling den omsorg som deras speciella behov kräver» (Socialdepartementet, Ds 1997:57, s. 127). Även barnomsorgen spelar med andra ord en viktig roll då det gäller barn med särskilda behov



och därmed också när det gäller att tidigt identifiera barns vars utveckling är i fara.

## **Föräldrars betydelse för små barns hälsa och utveckling**

Över åren har vi lärt oss mer och mer om barns utveckling och föräldrars del i denna. Barn utvecklas i relation till sin omgivning, där familjen och då särskilt föräldrarna utgör en central punkt. Barnet ställs under utvecklingens gång inför olika uppgifter, som skall lösas på ett så bra sätt som möjligt. Hur väl detta gjorts har betydelse för lösningen av andra uppgifter senare. Uppgiften löses inte en gång för alla utan återkommer på olika sätt under utvecklingens gång. En lyckosam lösning av stadierrelevanta uppgifter utgör ett gynnsamt utgångsläge för den fortsatta utvecklingen medan en mindre god lösning kan bädda för en mer riskfylld utveckling (Cicchetti & Toth, 1997). Relationen mellan föräldrar och barn utgör en viktig ingrediens. Föräldrar deltar aktivt i barnets utvecklingsprocess. Deras förmåga att tillräckligt bra hjälpa sitt barn att lösa olika utvecklingsmässiga uppgifter har stor betydelse för i vilken riktning barnets utveckling kommer att gå. Relationen mellan barn och föräldrar påverkas av olika faktorer som berör barnet självt, föräldrarna, den nära omgivningen och den som ligger längre bort från barn och familj. Hur barnet i sitt inre handskas med påverkan från faktorer från skilda nivåer har betydelse för den riktning som barnets utveckling kommer att ta (Cicchetti & Lynch, 1995; Cicchetti & Toth, 1997; Garbarino & Eckenrode, 1997; Sameroff, 1995).

## **Betydelsen av att uppfatta bristfällig omsorg tidigt**

Allteftersom vi förstår mer och mer om hur vi människor utvecklas och vilka omständigheter som måste finnas för att utvecklas väl, blir det allt viktigare att uppfatta barns utsatthet så tidigt som möjligt innan en ogynnsam process gått för långt. Vi vet idag att barn som utsätts för fysiska och psykiska övergrepp och/eller vanvård d.v.s. omsorgssvikt löper ökad risk för utvecklingsmässiga svårigheter av olika slag (Erickson & Egeland, 2002; Kaplan, Pelcovitz & Labruna, 1999). Undersökningar som följt barn över lång tid har hjälpt oss förstå den kopplingen bättre (Erickson & Egeland, 2002;

Herrenkohl, Herrenkohl, Egolf & Wu, 1991; Herrenkohl, Herrenkohl, Rupert, Egolf & Wu, 1995). I Minnesota Mother-Child Project t.ex. följdes 267 barn från högriskmiljöer och deras familjer från graviditeten till tonåren. Barnen genomgick omfattande undersökningar med jämna mellanrum där bl.a. kognitiva och emotionella funktioner mättes tillsammans med skolprestationer, beteendesvärigheter och samspel med kamrater (Erickson & Egeland, 2002). Då barnen var två år gamla identifierades fyra grupper: fysiskt misshandlade barn, verbalt misshandlade barn, vanvårdade barn samt barns vars mödrar var psykologiskt otillgängliga. Det visade sig att särskilt psykologisk otillgänglighet hade allvarligare och mer djupgående konsekvenser för barnen än t.ex. fysisk vanvård eller andra former av omsorgssvikt. Då barnen följdes upp hade de barn som utsattes för psykologisk otillgänglighet under sina två första år fortsatta svårigheter även upp i skolåldern. Kvaliteten på föräldraomsorgen har med andra ord en stor påverkan på barns utveckling och kan resultera i svårigheter av skilda slag och förorsaka barn lidande.

Betydelsen av att tidigt uppfatta barns utsatthet och erbjuda barn och familjer hjälp innan en ogynnsam utveckling gått för långt har betonats av många forskare (Dunst & Trivette, 1997; Erickson & Egeland, 2002; Killén, 2002; Lunden, 2004). Här spelar personal inom barnhälsovård och barnomsorg en viktig roll. De omfattas dessutom av en den ovillkorliga anmälningsskyldighet som regleras i kap. 14 § 1 Socialtjänstlagen.

Att säkra barns hälsa och utveckling ses som en viktig uppgift. I FN:s barnkonvention framhålls särskilt betydelsen av att barn växer upp under goda omständigheter. Varje barn har rätt att skyddas mot fysiskt och psykiskt våld och mot vanskötsel (Barnkommittén, SOU 1997:116). Barn har inte bara rätt till liv och överlevnad utan också till utveckling. I ett vidare perspektiv kan sägas att barn har rätt att få sina grundläggande behov tillgodosedda (Ewerlöf, 1994). Barns utvecklingsbehov skiftar. Merparten av behoven delas med andra barn, medan vissa behov är specifika för varje enskilt barn. Att säkra barns hälsa och utveckling ingår i föräldrars uppgifter. Då föräldrar inte lever upp till detta sitt föräldraansvar har samhället ett särskilt lagstadgat ansvar för att skydda barn och säkra barnets hälsa och utveckling (Prop. 1996/97:124).

## Barns lagliga rätt till skydd

Det samhälleliga ansvaret regleras i svensk lagstiftning i kap. 5 § 1 Socialtjänstlagen (Norström & Thuved, 2003, s. 88-89). Här sägs att 'Social-

tjänsten skall i nära samarbete med hemmen främja en allsidig personlighetsutveckling och en gynnsam fysisk och social utveckling hos barn och ungdom'. Där sägs vidare att Socialtjänsten skall 'med särskild uppmärksamhet följa utvecklingen hos barn och ungdom som har visat tecken till en ogynnsam utveckling'. För att kunna fullfölja sin uppgift måste Socialtjänsten få kunskap om att ett barns *personlighetsutveckling och fysiska och sociala utveckling* är i fara (Lindelöw & Olsson, 1991; Norström & Thunved, 2003; Olsson, 2001; Prop. 1996/97:124). Sverige har i likhet med andra länder en tvingande lagstadgad anmälningsskyldighet (Kalichman, 1999; Norström & Thunved, 2003; Socialstyrelsen, 2004; Olsson, 2001). I Socialtjänstlagen kap. 14 § 1 regleras anmälningsskyldigheten. Där sägs att 'myndigheter vars verksamhet berör barn och ungdom samt andra myndigheter inom hälso- och sjukvården och Socialtjänsten' skall anmäla till socialnämnden om de 'i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd' (Norström & Thunved, 2003, s. 212). Då socialnämnden fått kännedom om att 'någon kan vara i behov av stöd eller hjälp' är socialnämnden skyldig att utreda 'hur behovet skall avhjälpas' (Prop. 1979/80:1, s. 537).

## Forskningsprojektet «Hur mår förskolebarnen?»

Grunden för denna presentation är de fyra studier som hittills rapporterats i forskningsprojektet 'Hur mår förskolebarnen?' som bedrivits vid Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet (Lundén, Broberg & Borres, 1998; Lundén, Broberg & Borres, 2000; Lundén & Broberg, 2003; Lundén, 2004). Först en kort beskrivning av projektet. Syftet med forskningsprojektet har varit att belysa vilka signaler om att förskolebarn far illa som BVC-sjuksköterskor och barnomsorgspersonal reagerade på samt de faktorer som kan tänkas underlätta respektive försvåra en anmälan till Socialtjänsten eller annan åtgärd avsedd att ge barnet och dess familj den hjälp och det stöd de behöver.

I forskningsprojektet ingick BVC-sjuksköterskor och barnomsorgspersonal i tre stadsdelar i Göteborg med olika social belastningsgrad. Sammanlagt fanns i stadsdelarna 4 451 barn i åldrarna 0 till 6 år. Där fanns 13 BVC-centraler varav 12 BVC-sjuksköterskor från lika många centraler deltog. De ansvarade tillsammans för 3 995 barn mellan 0 och 6 år. I stadsdelarna fanns 33 daghem. Sammanlagt deltog 274 barnomsorgspersonal från 28 daghem. Barnomsorgspersonalen ansvarade tillsammans för 1 516 barn i

åldrarna 1 till 6 år. Alla barn som var placerade inom barnomsorgen ingick också i BVC- sjuksköterskornas barnunderlag.

## Hur gick vi tillväga?

Identifieringen av barn som utsattes för omsorgssvikt skedde i två steg. Först undersöktes hur många barn som personalen i de olika distrikten misstänkte för illa, d.v.s. utsattes för omsorgssvikt, och vilka tecken på omsorgssvikt som personalen hade observerat hos barnen. Därefter intervjuades deltagarna omkring de barn som de identifierade som barn som misstänktes fara illa. Slutligen gjordes en uppföljning via register hos socialnämnderna och den barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Göteborg. Vi intervjuade endast personal och inte föräldrar och barn, eftersom vi ville få en uppfattning om hur personal utanför familjen, som arbetar med barn som utsätts för omsorgssvikt och som har anmälningsskyldighet, handskas med den kunskap om barnets situation som de får genom sitt arbete (Lundén, 2004).

En enkät, som utvecklats i projektet, besvarades av deltagarna individuellt i närvaro av forskningspersonalen. Enkätens första del innehöll frågor om bakgrundsfaktorer som rörde personalen och arbetsplatsen (yrke, utbildning, antal år i yrket, antal inskrivna barn etc.) och frågor om huruvida deltagarna fått någon specifik utbildning om barn som far illa. I enkätens andra del gavs bl.a. en definition av vad som menades med begreppet 'barn som far illa'. Vi använde oss här av en definition på omsorgssvikt som har sin grund i både lagstiftning och kunskap om barns utveckling: *barn vars fysiska och/eller psykiska utveckling är i fara på grund av att föräldrarna inte förmår ge barnet tillräcklig vård och omsorg*. Vi frågade sedan deltagarna om det fanns något/några barn som de *trodde* för illa enligt definitionen. Här identifierade alltså deltagarna de barn som de misstänkte/trodde för illa. Dessa barn var också de barn där det var möjligt att kontrollera om BVC- sjuksköterskorna och barnomsorgspersonalen i samma område identifierade samma barn och om barnen registrerats i socialregistret eller stod på väntelista för eller redan var patienter i den barnpsykiatriska verksamheten. Den sista delen av enkäten bestod av ett antal tecken på omsorgssvikt som påvisats i tidigare forskning (Christensen, 1992). Denna del av enkäten innehöll tecken/förhållanden på känslomässig otillgänglighet i föräldra-barn relationen (10 st.), tecken på försummelse (7 st.), tecken på fysisk vanvård (11st.) samt tecken på fysisk misshandel (7st.). Deltagarna tog här ställning till om de, i relation till varje beskrivning, hade observerat förhållandet ifråga hos något barn vare sig vederbörande misstänkte att

barnet för illa eller ej (för mer information se Lundén, 2004). För varje barn, där tecken observerats, gjordes en individuell svarsblankett där antalet tecken summerades för varje barn. För varje enskilt barn fördes sedan tecknen från samtliga deltagares individenkäter samman så att varje barn försågs med de tecken som en eller flera deltagare observerat. För att göra tydligt vilka och hur många tecken personalen observerade hos barnen gjordes en form av 'allvarlighetsstege'. Första steget var de barn där endast tecken på känslomässig otillgänglighet i föräldra-barn relationen observerats. Nästa steg innehöll de barn där tecken på känslomässig otillgänglighet i föräldra-barn relationen enbart eller tillsammans med tecken på försumelse observerats. Därefter kom de barn där enbart tecken på fysisk vanvård eller fysisk vanvård tillsammans med de tre tidigare tecknen observerats. Det sista steget innehöll de barn där endast tecken på fysiska övergrepp eller fysiska övergrepp tillsammans med samtliga övriga tecken observerats.

För de här aktuella studierna användes i huvudsak material från enkäten. Visst material från uppföljande intervjuer användes också. Det handlade här om frågor som berörde anmälningsskyldigheten som t.ex. deltagarnas tolkning av den lagparagraf som reglerar den ovillkorliga skyldigheten att anmäla samt om deltagarna anmält det aktuella barnet till Socialtjänsten eller ej.

## Vad har vi lärt oss hittills i forskningsprojektet?

Hittills har alltså data från forskningsprojektet rapporterats i fyra studier (Lundén, Broberg & Borres, 1998; Lundén, Broberg & Borres, 2000; Lundén & Broberg, 2003; Lundén, 2004). Det som följer är en sammanfattning av de viktigaste resultaten hittills. Det visade sig att BVC-sjuksköterskorna (BVC) och barnomsorgspersonalen (BO) misstänkte att en stor andel av de barn som de ansvarade för utsattes för omsorgssvikt. Med utgångspunkt i en given definition trodde/misstänkte deltagarna att 9.8 % av de barn som ingick i BVC:s barnunderlag för illa. Hos en lika stor andel av barnen hade personalen observerat tecken på omsorgssvikt (9.7%).

Det visade sig att barnen som personalen identifierade utifrån den givna definitionen och barnen där tecken hade observerats bara delvis överlappade varandra. Hos vissa barn hade deltagarna observerat tecken utan att barnen samtidigt identifierades som barn som för illa (2.7%). Barnomsorgspersonalen observerade t.ex. tecken hos en stor andel barn som de inte samtidigt identifierade som barn som för illa. Andra barn misstänktes fara illa utan att tecken på omsorgssvikt samtidigt observerades (2.8%). Det van-

ligast förekommande enskilda tecknen på omsorgssvikt var känslomässig otillgänglighet i föräldra-barn relationen (16%), följt av tecken på fysisk vanvård (9%) och försummelse (6%). Tecken på fysisk misshandel var relativt ovanligt (0.6%). Hos enskilda barn hade upp till sexton tecken observerats. I genomsnitt observerades 3.2 tecken per barn. I allmänhet förekom tecken hos barnen i fler än en form av omsorgssvikt.

Annat forskning har visat att fysisk vanvård är den vanligaste formen av omsorgssvikt (Sedlak & Broadhurst, 1996; Wolfe, 1999). Dess destruktiva betydelse för barns hälsa och utveckling är väl dokumenterad (Crittenden, 1999; Erickson & Egeland, 2002; Gaudin, 1999; Hildyard & Wolfe, 2002; Kaplan, Pelcovitz & Labruna, 1999). När samtliga tecken fördes samman i 'allvarlighetstrappan' visade det sig att tecken på fysisk vanvård m.m. även i vårt material var vanligast förekommande. Tecken på enbart känslomässig otillgänglighet i föräldra-barn relationen kom näst. Psykologisk omsorgssvikt d.v.s. föräldrars känslomässiga otillgänglighet har en dokumenterat stor betydelse för barns psykiska hälsa och utveckling. Psykologisk otillgänglighet har visat sig ha allvarligare och mer djupgående konsekvenser för barns utveckling än andra former av omsorgssvikt (Erickson & Egeland, 2002). Psykologisk omsorgssvikt anses dessutom inbäddad i varje annan form av omsorgssvikt (Claussen & Crittenden, 1991; Hart, Binggeli & Brassard, 1998; Hart, Brassard, Binggeli & Davidsson, 2002). Det tycks som om det är den enda form av omsorgssvikt som kan förekomma i ensamhet och den förefaller dessutom vara vanlig (Lundén & Broberg, 2003).

## **Deltagarnas benägenhet att uppmärksamma omsorgssvikt**

Både personal inom barnhälsovård och barnomsorg har stora möjligheter att tidigt uppmärksamma barns utsatthet (Lundén & Broberg, 2003). Deras arbetssätt skiljer sig dock åt. Barnomsorgspersonalen träffar barnen så gott som varje dag. De får erfarenhet av barnet både i relation till andra barn och till personal. De kan med andra ord bilda sig en uppfattning om hur barnet fungerar i skilda situationer. I deras arbete ingår också att observera barnen och de kan på så vis få en god inblick i hur barnen fungerar psykologiskt och pedagogiskt. De träffar föräldrarna regelbundet och lär känna dessa både som personer och som föräldrar till sina barn. Barnomsorgspersonalen har alltså utomordentliga möjligheter att uppfatta barns utsatthet tidigt. Det visade sig också att barnomsorgspersonalen misstänkte att en större andel av

barnen för illa än vad BVC-sjuksköterskorna gjorde. Vilket inte är förvånande, då BVC-sjuksköterskornas ansvar för flera hundra barn vardera. De träffar 'sina' barn mer sällan, under kortare tid varje gång och i mer avgränsade situationer. BVC-sjuksköterskorna har dock goda möjligheter att identifiera de minsta barnen (<2 år) då dessa och deras föräldrar besöker BVC oftare än vad de äldre barnen gör. Det kan dock gå lång tid mellan besöken på BVC och den oro som kanske fanns kan blekna bort (Lundén, Broberg & Borres, 1998). Den journal som BVC-sjuksköterskorna är skyldiga att föra skulle kunna vara ett hjälpmedel att minnas men tycks inte fungera så (Hagelin, 1998).

## Oroade sig deltagarna för samma barn?

De barn som barnomsorgspersonalen hade ansvar för ingick också i BVC-sjuksköterskornas barnunderlag. Det vore rimligt att tro att de barn i samma område, som man trodde för illa, skulle identifieras både av personal inom BVC och barnomsorg. Det visade sig emellertid att endast en liten andel av barnen uppmärksammades både av personal inom BVC och inom barnomsorgen. Inte heller barnomsorgspersonal i samma arbetslag tycktes identifiera samma barn som barn som de misstänkte vara utsatta för omsorgssvikt. Samma sak gällde vilka tecken som observerades av de olika medlemmarna i arbetslaget. En del barn behövde 'skrika högt' för att deras utsatthet skulle uppmärksammas. Barn som uppmärksammades av fler än en personal inom barnomsorgen eller av både barnomsorg och BVC uppvisade nämligen mer än dubbelt så många tecken som barn som identifierades av endast en personal. Det verkar som om förmågan att identifiera och/eller observera tecken på omsorgssvikt är väldigt personlig. Det finns säkert många förklaringar till att det ser så olika ut (Lundén, 2004). Det kan röra sig om skäl som har med individen att göra och som därför gör personal mer eller mindre benägen att uppfatta barns utsatthet. Andra skäl kan ha att göra med hur länge man har arbetat på arbetsplatsen eller i yrket. Ytterligare en anledning kan vara att deltagarna inte kopplade samman de observerade tecknen med omsorgssvikt. Här skulle det i så fall kunna röra sig om brist på lämplig kunskap. Definitionsproblem är en annan svårighet som ofta nämns i litteraturen när det gäller att uppfatta omsorgssvikt (Buchanan, 1996; Hutchison, 1994).

## Hur definierade BVC och BO begreppet *barn som far illa*?

Det är rimligt att tro att deltagarnas tolkning av innehållet av anmälnings-skyldigheten speglade deras uppfattning om vilka barn som avsågs med

begreppet 'barn som far illa'. I en av studierna i forskningsprojektet undersöktes hur BVC-sjuksköterskorna och barnomsorgspersonalen tolkade innehållet i den paragraf som reglerar anmälningsskyldigheten. I likhet med litteraturen i övrigt (Buchanan, 1996) fann vi att deltagarnas tolkning kunde delas in i en vidare tolkning som var mer barninriktad och en snävare som var mer föräldrainriktad. Den barninriktade tolkningen innehöll uttryck som mer hade med barns hälsa och utveckling att göra. I den föräldrainriktade tolkningen fanns uttryck som barn som utsattes för fysiska och sexuella övergrepp och missbrukande, våldsamma föräldrar (Lundén, Broberg & Borres, 2000).

Om personal inom BVC och barnomsorg står inför att besluta sig för att det som de ser är omsorgssvikt och därmed bestämma sig för hur de skall gå vidare, kan deras tolkning av anmälningsskyldigheten vara avgörande för om ett barn och familj får den hjälp de behöver. En snävare tolkning inriktad mot föräldrar kan i värsta fall medföra att barnet och familjens utsatthet inte uppmärksammas och inte leder till att de får den hjälp och det stöd de är berättigade till (Lundén, Broberg & Borres, 2000; Lundén, 2004). I propositionen till den ursprungliga Socialtjänstlagen lyfts två omständigheter fram som kan tjäna som vägledning då det gäller vilka barn som lagstiftaren avser nämligen barn där det föreligger (1) fara för underårigs hälsa och utveckling (2) p.g.a. brister i omsorgen eller något annat förhållande i hemmet (Prop. 1979/80:1).

## **Hur såg förhållandet mellan omsorgssvikt och utsatta områden ut?**

Omsorgssvikt har ofta förknippats med socio-ekonomiskt utsatta områden (Drake & Pandey, 1996; Gaudin, 1999; Jones & McCurdy, 1992; Sedlak & Broadhurst, 1996). I likhet med annan forskning visade det sig i forskningsprojektet att fler barn identifierades i lågstatusområdet än i övriga områden. Detta gällde både barn som deltagarna trodde for illa och barn där tecken på omsorgssvikt observerades. Skillnaden mellan stadsdelarna var emellertid inte så stor som man kunde förvänta sig (Lundén, Broberg & Borres, 1998; Lundén & Broberg, 2003). Andelen barn som BVC-sjuksköterskorna i de olika stadsdelarna identifierade skilde sig åt men däremot inte andelen barn som barnomsorgspersonalen i de olika områdena misstänkte for illa. En förklaring kunde vara att det fanns skillnader i de tecken på omsorgssvikt som observerades i de olika stadsdelarna. Det visade sig dock att deltagarna



i de olika stadsdelarna i allmänhet observerade samma tecken. Vissa skillnader i enskilda tecken förekom, men i stort såg fördelningen av observerade tecken likadan ut i de tre stadsdelarna. Vissa former av omsorgssvikt förekom inte oftare i somliga stadsdelar än i andra. Vanvård m.m. var t.ex. lika vanligt förekommande i området med hög socio-ekonomisk status som i området med låg socio-ekonomisk status. Sambandet mellan omsorgssvikt och utsatta områden kan med andra ord inte tas för given (Bifulco & Moran, 1998; Crittenden, 1999; Sameroff, 1998). Många familjer som har det ekonomiskt svårt kan mycket väl sörja för sina barns fysiska och psykiska behov. Det är inte fattigdomen i sig som påverkar utvecklingen i en icke önskvärd riktning utan snarare den indirekta påverkan den kan ha på barns utveckling (Aber, Jones & Cohen, 2000).

## **Vilka barn anmäldes till Socialtjänsten?**

Av de barn som både identifierades som barn som för illa och där deltagarna observerat tecken anmäldes vart fjärde barn (24%) till Socialtjänsten. BVC-sjuksköterskorna anmälde en större andel (32%) än vad barnomsorgspersonalen gjorde (11%). De barn som anmäldes visade i allmänhet fler tecken på omsorgssvikt i genomsnitt än de barn som inte anmäldes (Lundén & Broberg, 2003). I övrigt visade det sig att tecken på vanvård m.m. var vanligt förekommande både bland de barn som anmäldes och de som inte anmäldes. Den största skillnaden mellan anmälda och icke anmälda barn fanns i kategorierna tecken på enbart känslomässig otillgänglighet i föräldrabarn relationen samt tecken på fysiska övergrepp m.m. Barn där endast tecken på känslomässig otillgänglighet i föräldrabarn relationen observerades anmäldes nästan aldrig. Kanske var det så att deltagarna inte förknippade känslomässig otillgänglighet med anmälningsskyldigheten. Vilket i så fall skulle kunna få stora konsekvenser för barns hälsa och utveckling, eftersom det visat sig att känslomässig otillgänglighet är den form av omsorgssvikt som påverkar barns utveckling mest negativt (Erickson & Egeland, 2002). Tecken på fysiska övergrepp m.m. förekom sällan hos icke anmälda barn men något oftare hos de barn som anmäldes. I likhet med barn som utsattes för fysisk vanvård m.m. anmäldes hälften av de barn där tecken på fysiska övergrepp m.m. observerats till Socialtjänsten.

## Vilka barn utreddes av Socialtjänsten?

I drygt hälften (58%) av de fall där personal inom BVC och/eller barnomsorg anmält ett barn till Socialtjänsten startades en barnavårdsutredning. Med vissa undantag skall, enligt svensk lagstiftning, en barnavårdsutredning startas när en anmälan nått Socialtjänstens individ- och familjeomsorg (Norström & Thunved, 2003). En förklaring till att endast dryga hälften av barnen utreddes kan vara att lagstiftningen lämnar visst utrymme för att inte starta utredning. Enligt svensk lagstiftning skall utredning inledas om det inte står klart att socialnämnden inte kan göra någonting/erbjuda någonting. Vägen lämnas fri för tolkning. Kunskapen och erfarenheten hos den tjänsteman som tar emot anmälan kan komma att ha stor betydelse för om barn utreds eller ej. Min praktiska erfarenhet, bl.a. som handledare och konsult i svåra barnavårdsärenden, har lärt mig att det inte är ovanligt att socialtjänsten inte från början inser allvaret i ett barns situation. Att dröja med att inleda en utredning efter det att anmälan gjorts kan få oanade konsekvenser för det lilla barnet. Personal inom BVC och barnomsorg anmäler inte ofta och har i allmänhet tänkt igenom noga innan de fullgör sin anmälningskyldighet. För att personalen skall motiveras att anmäla sin oro för/ misstanke om att ett litet barn utsätts för omsorgssvikt är det viktigt att anmälningarna leder till att barn och familj får tillgång till den hjälp och det stöd som de har rätt till. Om barnen som identifierades i forskningsprojektet fick hjälp någon annanstans vet vi egentligen inte. Det vi vet är att ytterst få blev patienter inom den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten (Lundén & Broberg, 2003).

## Vilka faktorer kan tänkas bidra till att omsorgssvikt uppmärksammas?

I en av studierna i forskningsprojektet belystes faktorer som kunde tänkas påverka barnomsorgspersonalens benägenhet att uppmärksamma omsorgssvikt (Lundén, 2004).

Det vi undersökte var om de samband, som påvisats i tidigare studier mellan olika stadsdelars sociala karaktäristika och barnomsorgspersonalens rapportering av tecken på att barn utsätts för omsorgssvikt, förändrades om stadsdelarna bröts ner i mindre bostadsområden. Det som också undersöktes var om strukturella faktorer som daghemmets storlek, antal inskrivna barn per personal, faktorer som personalens erfarenhet och utbildning, samt förekomsten av specifika riktlinjer då man misstänkte att ett barn för illa hade

samband med personalens benägenhet att uppmärksamma omsorgssvikt. Till sist undersöktes om personalens tolkning av innehållet i anmälningsskyldigheten (som undersökts i en tidigare studie) hade något samband med huruvida personal uppfattat omsorgssvikt eller ej.

Uppgifter om daghemmets storlek, antal anställda, antal inskrivna barn etc. fick vi genom daghemmets föreståndare. I övrigt användes data från den inledande delen av den tidigare beskrivna enkäten som innehöll frågor om yrke, utbildning, antal år i yrket, antal inskrivna barn, fortbildning, diskussion om riktlinjer etc. I övrigt användes uppgifter både om de barn som identifierades utifrån en given definition och om de barn där tecken på omsorgssvikt observerats. De barn, som deltagarna identifierade som barn som for illa i förhållande till en given definition, betraktades som ett mer subjektivt mått medan barn, där personal observerade tecken på omsorgssvikt, ansågs som ett mer objektiva mått. De barn som misstänktes fara illa och de barn där tecken på omsorgssvikt observerats var endast delvis de samma (Lundén, 2004).

Under- och överrapportering avhandlas ofta i litteraturen och då vanligtvis i förhållande till anmälningsskyldigheten (Becharov, 1990; Finkelhor, 1990; O'Toole, Webster, O'Toole & Lucai, 1999; Zellman & Fair, 2002). Som mått på att det verkligen rör sig om barn som utsatts för olika former av omsorgssvikt har i flertalet studier används huruvida Socialtjänstens svarighet d.v.s. Child Protection Services (CPS) i sin utredning kunnat bekräfta att så var fallet. Från flera håll framhålls det vanskliga i att använda resultatet av barnavårdsutredningar som bekräftelse på om barn far illa eller ej (Becharov, 1990; Finkelhor, 1994; Drake & Johnson-Reid, 2000). Det har visat sig att barn som utsätts för omsorgssvikt endast i liten utsträckning anmäls och i än mindre utsträckning utreds av socialtjänsten eller dess svarighet CPS (Lundén & Broberg, 2003; Sedlak & Broadhurst, 1996; Sundell, Lundström, Sjöberg & Wettergren, 1992). Om observerade tecken på omsorgssvikt anses som ett mer objektiva mått är det rimligt att tro att personal som både identifierade barnet ifråga som barn som for illa och observerade tecken på omsorgssvikt var korrekta i sin rapportering.

Vilka faktorer påverkade då personalens benägenhet att uppfatta omsorgssvikt? Strukturella faktorer som daghemmens storlek och antal inskrivna barn visade sig egentligen inte ha någon betydelse för om omsorgssvikt uppmärksammades eller ej. I likhet med annan forskning visade sig personalens erfarenhet och utbildning ha betydelse för rapporteringen (Rodriguez, 2002). Förskollärare var mer korrekta i sin rapportering än vad personal med annan utbildning var. Fortbildning, när den förekom,

ökade sannolikheten för korrekt rapportering (Flaherty, Sege, Binns, Matsson & Christoffel, 2000; King, Reece, Bundai & Patel, 1998). Annan forskning har visat att mer erfarenhet gör deltagare mer benägna att rapportera. Så var emellertid inte fallet i forskningsprojektet. Det visade sig nämligen att personal som arbetat kortare tid både i yrket och på det aktuella daghemmet var mer korrekta i sin rapportering än deltagare som arbetat längre tid (Lundén, 2004). Det kan tänkas att strategier och förklaringsmodeller, som inte nödvändigtvis grundar sig på kunskap om omsorgssvikt, växer fram under åren och permanentas. Personalen kan riskera att bli 'hemmablinda'. Barnomsorgspersonal som kom in senare i en arbetsgrupp hade kanske större möjligheter att se med 'fräschare' ögon på de signaler som barn sände ut.

En annan faktor som visade sig ha ett samband med korrekt rapportering var tolkningen av innehållet i anmälningsskyldigheten. Tolkningarna kunde som sagts tidigare delas in i barnorienterade tolkningar som betonade barns hälsa och utveckling och mer föräldraorienterade som avsåg fysiska/sexuella övergrepp, missbrukande/våldsamma föräldrar m.m. Det visade sig att en barnorienterad tolkning oftare ledde till korrekt rapportering. Vad som egentligen menas med uttrycket barn som far illa, d.v.s. definitionen av begreppet, har, som tidigare sagts, nämnts som en svårighet då det gäller att uppfatta barns utsatthet (Buchanan, 1996; Hutchison, 1994; Lagerberg, 1998). I en av studierna i forskningsprojektet identifierade deltagarna barn som de trodde for illa i förhållande till en given definition (Lundén, Broberg & Borres, 1998). Även om definitionen var förankrad i utvecklingspsykologisk forskning och gällande lagstiftning kan det ändå svårt att veta hur varje deltagare egentligen tolkade definitionen. Vi vet egentligen inte om de barn som deltagarna misstänkte for illa verkligen gjorde det. Att ta ställning till företeelser där stort utrymme lämnas till den enskildes tolkning kan tänkas leda både till över- och underrapportering. Det är rimligt att tro att fler barn, som faktiskt utsätts för omsorgssvikt, uppmärksammas om personalen observerar tecken, som visat sig höra samman med omsorgssvikt (Lundén, 2004).

## Avslutande kommentarer

Riskerna för barns utveckling kan vara stora när de utsätts för föräldrars bristande omsorgsförmåga. Forskning visar att det inte är särskilda föräldrabeteenden eller enskilda karaktäristika hos barn eller föräldrar som är av störst intresse för barns utveckling. Det är istället föräldra-barn relationen i

stort som är avgörande, då den får effekter på barnets förmåga att använda sina egna resurser på ett utvecklingsbefrämjande sätt (Garbarino, Eckenrode & Bolger, 1997; George, 1996; Glaser, 2000).

BVC-sjuksköterskor och barnomsorgspersonal träffar så gott som samtliga barn i förskoleåldern (Aurelius & Nordberg, 1994; Socialdepartementet, Ds 1996:57; Socialstyrelsen 1991). De har därför stora möjligheter att fånga upp signaler om barns utsatthet. Deras förståelse både av barns utveckling och av när det föreligger risk för omsorgssvikt har stor betydelse. Från olika håll framhålls betydelsen av god kompetens hos professioner som arbetar med barn och familjer (Killén, 2002; Prop. 2002/03:53). Riktlinjer efterfrågas och behovet en samsyn om vad som egentligen avses med barnsom-far-illa förs fram. För att underlätta för de professioner som arbetar med barn och familjer att tidigt uppmärksamma barn omsorgssvikt vore det önskvärt med en gemensam teoretisk referensram som handlar om barns utveckling och föräldrars del härvidlag. Det vore ävenledes önskvärt med gemensam forskningsbaserad kunskap om vad som anses vara omsorgssvikt.

I samband med att den svenska Barnmisshandelskommittén la fram sitt slutbetänkande (SOU 2001:72, s. 296) uppmärksammades behovet av effektiva undersökningsmetoder för att tidigt hitta barn «med riskbeteende eller barn i riskzonen». I det förebyggande arbetet är riskbeteenden hos små barn ofta inte särskilt användbara eftersom de ogynnsamma utvecklingsprocesserna startar långt innan eventuella symtom blir synliga (Cicchetti & Toth, 1997; Garbarino, Eckenrode & Bolger, 1997; Glaser, 2000; Grenough & Black, 1992; Howe, Brandon, Hinings & Schofield, 1999). Förebyggande arbete måste riktas in på att uppfatta barns utsatthet innan beteendeavvikelse hunnit utvecklas. Från flera håll har behovet av användbara metoder och riktlinjer efterfrågats (Prop. 2002/03: 53). De metoder som skulle kunna användas måste dock vara baserade på befintlig forskning om barns utveckling och de olika former av omsorgssvikt samt vara väl teoretiskt förankrade. Särskild vikt bör läggas på känslomässig otillgänglighet, då denna form av omsorgssvikt finns inbyggd i samtliga former och den har visat sig ha en så stor betydelse för barns utveckling (Lunden & Broberg, 2003).

## Referenser

Aber, J. L., Jones, S., & Cohen, J. (2000). The Impact of Poverty on the Mental Health and Development of Very Young Children. I C. H. Zeanah, Jr. (red.), *Handbook of Infant Mental Health. Second Edition*. New York: Guilford Press.

Aurelius, G., & Nordberg, L. (1994). Home visiting to families with a newborn child. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 1994 12 (2), 106–113.

Becharov, D. J. (1990). Gaining Control over Child Abuse Reports. Public Agencies Must Adress Both Underreporting and Overreporting. *Public Welfare*, 48, 34–40.

Bifulco, A., & Moran, P. (1998). *Wednesday's Child. Research into Women's Experiences of Neglect and Abuse in Childhood, and Adult Depression*. London: Routledge.

Buchanan, A. (1996). *Cycles of Child Maltreatment. Facts, Fallacies and Interventions*. Chichester: John Wiley & Sons.

Cicchetti, D., & Lynch, M. (1995). Failures in the Expectable Environment and Their Impact on Individual Development: The Case of Child Maltreatment. I D. Cicchetti & D. J. Cohen (red.), *Developmental Psychopathology. Volume 2: Risk, Disorder and Adaptation*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1997). Transactional ecological systems in developmental psychopathology. I S. S. Luthar, J. A. Burck, D. Cicchetti & J. Weisz (red.), *Developmental Psychopathology. Perspectives on Adjustment, Risk and Disorder*. Cambridge: Cambridge University Press.

Claussen, A. H., & Crittenden, P. M. (1991). Physical and Psychological Maltreatment: Relations among Types of Maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 15, 15–18.

Christensen, E. (1992). *Omsorgssvikt? En rapport om de 0–3-årige baseret på sundhetsplejerskers viden*. Rapport 1992:7, København: Social-forskningsinstituttet.

Crittenden, P. M. (1999). Child Neglect. Causes and Contributors. I H. Dubowitz (red.), *Neglected Children. Research, Practice, and Policy*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

Drake, B., & Pandey S. (1996). Understanding the Relationship Between Neighborhood Poverty and Specific Types of Child Maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 20 (11), 1003–1018.

Drake, B., & Jonsson-Reid, M. (2000). Substantiation and Early Decision Points in Public Child Welfare: A Conceptual Reconsideration. *Child Maltreatment*, 5 (3), 227–235.

Dunst, C. J. & Trivette, C. M. (1997). Early Intervention with Young At-Risk Children and Their Families. I R. T. Ammerman & M. Hersen (red.), *Handbook of Prevention and Treatment with Children and Adolescents*. New York: John Wiley & Sons.

- Eriksson, M. F., & Egeland, B. (2002). Child Neglect. I J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C.T. Hendrix, C. Jenny & T. A. Reid (red.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment. Second Edition*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Ewerlöf, G. (1994). Alla barns lika rätt. Skydd mot diskriminering av barn i svensk lagstiftning. I K. Edenhammar, S. Ek, G. Ewerlöf, L-H. Gustafsson, T. Hammarberg & T. Sverne (red.), *Respekt för barnet. FN:s konvention om barns rättigheter*. Stockholm: Rädda Barnen.
- Finkelhor, D. (1994). The International Epidemiology of Child Sexual Abuse. *Child Abuse and Neglect*, 18, 409–417.
- Finkelhor, D. (1990). Is Child Abuse Overreported? The Data rebut Arguments for less Intervention. *Public Welfare*, 48, 23–29.
- Flaherty, E. G., Sege, R., Binns, H. J., Matsson, C. J., & Cristoffel, K. K. (2000). Health care providers' experience reporting child abuse in the primary care setting. Pediatric Practice Research Group. *Archives of Pediatrics and Adolescence Medicine*, 154 (5), 489–493.
- Garbarino, J., Eckenrode, J., & Bolger, K. (1997). The elusive crime of psychological maltreatment. I J. Garbarino & J. Eckenrode (red.), *Understanding Abusive Families. An Ecological Approach to Theory and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Garbarino, J., & Eckenrode, J. (1997). The Meaning of Maltreatment. I J. Garbarino & J. Eckenrode (red.), *Understanding Abusive Families. An Ecological Approach to Theory and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Gaudin, J. M. Jr. (1999). Child Neglect. Short-Term and Long-Term Outcomes. I H. Dubowitz (red.), *Neglected Children. Research, Practice, and Policy*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- George, C. (1996). A Representational perspective of child abuse and prevention: Internal working models of attachment and caregiving. *Child Abuse and Neglect*, 20 (5), 411–424.
- Glaser, D. (2000). Child Abuse and Neglect and the Brain – A Review. *Child Psychology and Psychiatry*. 41 (1), 97–116.
- Greenough, W., & Black, J. (1992). Induction of brain structure by experience: Substrate for cognitive development. I M. R. Gunnar & C.A. Nelson (red.), *Minnesota symposia on child psychology 23: Developmental behavioral neuroscience*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Hagelin, E. (1998). *Child Health Records as a Data Source. An Analysis of completeness, reliability and accuracy of recording*. Acta Universitatis Upsaliensis. 799. Uppsala.
- Hart, S. N. Bingeli, N. J., & Brassard, M. R. (1998). Evidence for the Effects of Psychological Maltreatment. *Journal of Emotional Abuse*, 1(1), 27–58.

- Hart, S. N., Brassard, M. R., Binggeli, N. J., & Davidsson, H. A. (2002). Psychological Maltreatment. I J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny & T. A. Reid (red.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment. Second edition*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Herrenkohl, R. C., Herrenkohl, E. C., Egolf, B. P., & Wu, P. (1991). The developmental consequences of abuse: The Lehigh longitudinal study. I R. H. Starr & D. A. Wolfe (red.), *The effects of child abuse and neglect: Issues and research*. New York: Guilford Press.
- Herrenkohl, E. C., Herrenkohl, R. C., Rupert, L. J., Egolf, B. P., & Lutz, J.G. (1995). Risk factors for behavioral dysfunction, SES, physical health problems, cognitive ability, and quality of parent-child interaction. *Child Abuse and Neglect*, 19 (2), 191–203.
- Hilyard, K. L. & Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse and Neglect*, 26, 679–695.
- Howe, D., Brandon, M., Hinings, D., & Schofield, G. (1999). *Attachment Theory, Child Development and Family Support. A Practice and Assessment Model*. London: MacMillan Press Ltd.
- Hutchison; E. (1994). Child Maltreatment: Can It be Defined? I R. Barth, J. Duerr Berrick, & N. Gilbert. *Child Welfare Research Review*. New York: Columbia University Press.
- Jones, E. D., & McCurdy, K. (1992). The links between types of maltreatment and demographic characteristics of children. *Child Abuse and Neglect*, 16, (2), 201–215.
- Kalichman, S. (1999). *Mandatory Reporting of Suspected Child Abuse. Ethics, Law and Policy. Second Edition*. Washington DC: American Psychological Association.
- Kaplan, S., J., Pelcovitz, D., & Labruna, V. (1999). Child and Adolescent Abuse and Neglect Research: A Review of the Past 10 Years. Part 5, Physical and Emotional Abuse and Neglect. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 38 (10), 1212–1222.
- Killén, K. (2002). *Barndomen varar i generationer. Om förebyggande arbete med utsatta familjer*. Smedjebacken: Wahlström & Widstrand.
- King, G., Reece, R., Bendel, R., & Patel, V. (1998). The Effects of Sociodemographic Variables, Training, and Attitudes on the Lifetime Reporting Practices of Mandated Reporters. *Child Maltreatment*, 3 (3), 276–283.
- Lagerberg, D. (1998). *Barn som far illa - ett dilemma för barnhälsovården?* Uppsala: Akademiska sjukhuset. Landstinget i Uppsala län.
- Lindelöw, U., & Olsson, S. (1991). *Sekretess och anmälningsplikt i barnomsorg och skola*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lundén, K. Broberg, A., & Borres, M (1998). *Hur vanligt är det att förskolepersonal och BVC-sjuksköterskor oroar sig för att barn far illa: En jämförelse mellan tre olika*



stadsdelar i Göteborgs kommun. Rapport nr. 3:98, Psykologiska Institutionen, Göteborgs Universitet, ISSN 0348-2901

Lundén, K. Broberg, A., & Borres, M. (2000). *Hur tolkar BVC-sjuksköterskor och barnomsorgspersonal anmälningsskyldigheten enligt § 71 Socialtjänstlagen?* Rapport nr. 2:2000, Psykologiska Institutionen, Göteborgs Universitet, ISSN 0340-2901.

Lundén, K., & Broberg, A. (2003). *Vilka tecken på omsorgssvikt har BVC-sjuksköterskor och barnomsorgspersonal observerat hos barn?* Rapport nr. 1:2003, Psykologiska Institutionen, Göteborgs Universitet, ISSN 0348-2901.

Lundén, K. (2004) *Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn*. Akademisk avhandling. Psykologiska Institutionen, Göteborgs Universitet, ISSN 1101-718X

Medicinska Forskningsrådet (1999). *Barnhälsovårdens betydelse för barns hälsa – en analys av möjligheter och begränsningar i ett framtidsperspektiv*. State-of-the-art-konferens i Stockholm 23–25 september 1999.

Norström, C., & Thunved, A. (2003). *Nya Sociallagarna med kommentarer. Lagar och författningar som de lyder den 1 januari 2003 Sextonde upplagan*. Stockholm: Norstedts Juridik.

Olsson, S. (2001). *Sekretess och anmälningsplikt i förskola och skola*. Lund: Studentlitteratur.

O'Toole, R., Webster, S. W., O'Toole, A. W., & Lucai, B. (1999). Teachers' Recognition and Reporting of Child Abuse: A Factorial Survey. *Child Abuse and Neglect*, 23 (11), 1083–1101.

Regeringens proposition 1979/80:1. *Om Socialtjänsten*.

Regeringens proposition 1996/97: 124. *Ändring i socialtjänstlagen*.

Regeringens proposition 2002/03:53. *Stärkt skydd för barn i utsatta situationer*.

Rodriguez, C. M. (2002). Professionals' Attitudes and Accuracy on Child Abuse Reporting Decisions in New Zealand. *Journal of Interpersonal Violence*, 17 (3), 320–342.

Sameroff, A. J. (1995). General Systems Theories and Developmental Psychopathology. I D. Cicchetti & D. J. Cohen (red.) *Developmental Psychopathology. Volume 1. Theories and Methods*. USA: John Wiley & Sons, Inc.

Sameroff, A. (1998). Management of clinical problems and emotional care. *Pediatrics*, 102 (5), suppl., 1287–1292.

Sedlak, A. J., & Broadhurst. (1996). Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect. Final report. U.S. Departement of Health and Human Services. September 1996.

Socialdepartementet. *Barn idag*. Ds 1996:57.

Socialstyrelsen. SoS-rapport 1997:18. *Folkhälsorapport 1997*.

Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 2001*.

Socialstyrelsen. *Anmälningsskyldighet om missförhållanden som rör barn 2004*

SOU 1997:116. *Barnets Bästa i främsta rummet. FN:s konvention om barnets rättigheter förverkligas i Sverige. Barnkommitténs huvudbetänkande*. Socialdepartementet.

SOU 1998:31. *Det gäller livet. Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem*. Barnpsykiatrikommitténs slutbetänkande. Socialdepartementet.

SOU 2001:72. *Barnmisshandel. Att förebygga och åtgärda*. Kommitténs mot barnmisshandel slutbetänkande. Socialdepartementet.

SOU 2001:18. *Barn och misshandel. En rapport om kroppslig bestraffning och annan misshandel i Sverige vid slutet av 1900-talet*. Rapport utarbetad på uppdrag av Kommittén mot barnmisshandel.

Sundell, K., Lundström, U., Sjöberg, E., & Wettergren, L. (1992). *Se till mig som liten är: En undersökning av socialtjänstens samverkan kring utsatta förskolebarn*. FoU-rapport 1992:9. Stockholm: Stockholms socialtjänsts Forsknings- och Utvecklingsbyrå.

Wolfe, D. A. (1999). *Child Abuse. Implications for Child Development and Psychopathology. Second edition*. Thousands Oaks: Sage Publications Inc.

Zellman, G. L., & Fair, C. C. (2002). Preventing and Reporting Abuse. I J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny & T. A. Reid (red.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment, Second edition*. Thousands Oaks; Sage Publications Inc.



# Skolens muligheter i møte med utsatte barn og unge

---

*Thomas Nordahl*

Ingen barne- og ungdomsgenerasjon har noen gang i historien tilbrakt større del av sin oppvekst i pedagogiske institusjoner enn dagens. De aller fleste barn og unge tilbringer alle hverdager fra de er 3 til de er 19 år i enten barnehage, skole eller skolefritidsordninger. Det store flertallet av barn går i barnehage i fra de er tre til de er seks år. Deretter starter de i en 10-årig grunnskole fem dager per uke som de både har rett og plikt til å gå i. Her går de aller fleste de første årene også i en skolefritidsordning som innebærer at de får hele dager i skolen. Videre tar nesten alle i bruk retten til en treårig videregående opplæring fordi det i liten grad finnes noe alternativ til fortsatt skolegang.

Etter min mening er dette uttrykk for relativt store endringer i barn og unges oppvekstvilkår. Det vil for foreldre også innebære helt andre betingelser relatert til å forvalte hovedansvaret for oppdragelsen. En sannsynlig konsekvens er at skolen og lærerne som arbeider der får større innflytelse på oppdragelsen av barn og unge enn de hadde tidligere. Disse endringene i oppvekstvilkår har betydning for alle barn og unge, også de som lever under forhold i hjemmet som kan skade deres utvikling og/eller har ulike individuelle vansker eller skader. De pedagogiske institusjonenes betydning kan også ha konsekvenser for arbeidet for utsatte grupper av barn og unge i barnevernet, barne- og ungdomspsykiatrien eller helsetjenesten.

I denne artikkelen vil det bli argumentert for den betydning skolen kan ha for barn og unge. Med henvisning til forskning vektlegges at skolen både kan beskytte og være en risiko i utviklingen. Avslutningsvis vil det bli beskrevet noen tilnærminger i skolen som kan virke forebyggende, og bidra til at flest mulig barn og unge får realisert sitt potensial for læring og utvikling.

## Skolens mandat og betydning

Det er ikke bare på grunn av tid i skolen at skolen har betydning for barn og unge sin utvikling. Skolen er i løpet av de siste tiårene også gitt et klarere

oppdragermandat i forhold til barns personlige og sosiale utvikling. I læreplanverket for den 10-årige grunnskolen (KUF 1997) heter det at opplæringen skal gi elevene «kyndighet og modenhet til å møte livet sosialt, praktisk og personlig». Det uttrykkes at det i skolen skal arbeides med å utvikle elevenes sosiale ferdigheter, og det påpekes spesifikt at skolen ikke bare skal være fag. Vi kan ut fra læreplanverket si at skolen ikke bare skal se til at elevene får skolefaglige kunnskaper, men skolen skal også bidra til at elevene utvikler seg sosialt og personlig. Lærerne i den norske skolen skal bedrive oppdragelse, og de gis store muligheter ved at de hver dag møter barn og unge. Dette innebærer at skolen og lærerne påvirker barn innenfor de samme utviklingsområdene som aktuelle tjenester innenfor helse- og sosialsektoren arbeider i forhold til.

I denne sammenhengen er det viktig å understreke at skolegang og opplæring på den ene siden innebærer muligheten for ny kunnskap, nye erfaringer og personlig vekst og berikelse. Det er dette læreren ønsker. På den annen side innebærer opplæring også muligheten for stagnasjon, blokkering og utarming av det som kunne vært mulig hos den enkelte. Læreren er ikke bare den som kan hjelpe eleven i sin utvikling og læring, læreren kan også avgrense, innsnevre og stenge for de muligheter som ligger i barn og unge. Mollenhauer (1996) påpeker at dette problemet i opplæring og oppdragelse er uunngåelig. Påvirkning av barn kan både utvikle og begrense, men dette er ikke et argument for å avskaffe oppdragelsen. I forhold til skole blir det viktig å forstå hvilke betingelser som kan bidra til at elevene gis gode muligheter for vekst og utvikling.

I barnevernet brukes i noen tilfeller betegnelsen løvetannbarn. Dette er barn som ser ut til å klare seg godt i livet til tross for at de har lidd betydelig psykisk og fysisk overlast i oppveksten. Når disse løvetannbarna senere har blitt spurt om hvorfor det har gått så bra med dem er det relativt mange som knytter dette til erfaringer i skolen og møtet med en lærer (Helgeland 1994). Dette var ikke en lærer som tok over en foreldrerolle, men det var en tydelig voksenperson de fikk et nært forhold til. En lærer og en skole som respekterte dem, ga dem mulighet for mestring og etter hvert tro på egne evner.

Men samtidig kan også skolen og voksne gjennom opplæring og oppdragelse virke stagnerende og hemmende på barn og unge sin utvikling. Som 36-åring skrev forfatteren Franz Kafka et brev til sin far som han aldri sendte. Her beskrives undertrykkende oppdragelse som har begrenset og ødelagt for hans utvikling i livet. Kafka skriver om oppdragelse og forholdet mellom far og sønn. Men muligheten for å begrense barns utvikling er i like stor grad til stede i forholdet mellom elev og lærer. Gjennom blant annet

bøkene «Gift» av Aleksander Kielland og «Jonas» av Jens Bjørneboe er det beskrevet lærere og skoler som har ødelagt for barn og unge. Det finnes også mange eksempler på barn og unge der skolegangen har gitt store negative konsekvenser for dem senere i livet. Det handler om barn og unge som i møte med lærere ikke fikk anerkjennelse, som opplevde massive nederlag og lite mestring og som ble fratatt sin verdighet i skolen. Ser vi på skoleerfaringene til innsatte i norske fengsler så ser det ut til at skolegangen for relativt mange har vært preget av lite mestring og mange nederlag (Eikeland og Manger 2004).

Hvor mange barn og unge som møter en skole som gir dem lite mestring, ikke anerkjenner og verdsetter, er ikke interessant i denne sammenheng. Hensikten er her å påpeke hvor sentral skolen ofte er, og hvilke betydning denne kan ha for elevens læring og utvikling. Nedenfor er det satt opp en figur som kan illustrere to fundamentalt forskjellige skoleerfaringer.

<b>Frigjøring av potensialet for læring og utvikling</b>	<b>Begrensninger for læring og utvikling</b>
Anerkjennelse og ros	Kritikk og negative tilbakemeldinger
Tilhørighet og trygghet i fellesskapet	Sosial isolasjon og uttrygghet
Mestring	Nederlag
Respekt og verdsetting	Devaluering
Tillit	Mistillit

## Skolen som risikofaktor for utsatte barn og unge

For barn og unge som i skolen opplever mye kritikk, nederlag, isolasjon og lite verdsetting, kan disse erfaringene fra skolegangen få negative følger i det videre liv. Skolen kan da betraktes som en risikofaktor i utviklingen. Med risikofaktor forstås en hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan ha økt sannsynlighet for negativ utvikling i framtiden (Durlak 1995). Dette kan være negativ utvikling i form av ulike typer for atferdsproblem, psykiske problemer og/eller dårlige skoleprestasjoner. Risikofaktorer dreier seg om noe som forekommer før barnet har utviklet bestemte problemer, eller som kan bidra til å forsterke en negativ utvikling og gi flere problemer. Det er imidlertid ikke slik at det å være utsatt for risiko automatisk fører til problemer. Rus hos foreldre betraktes som en sterk risikofaktor, men noen barn av rusbelastede foreldre klarer seg likevel godt både i og utenfor skolen, mens andre viser stor grad av mistilpasning både i barndom og senere i livet.

Det er videre slik at jo flere risikofaktorer et barn er utsatt for, jo større er sannsynligheten for skjevutvikling og problemer senere i livet. Et barn som blir utsatt for en risikofaktor i oppveksten har ikke særlig større sannsynlighet til å utvikle problemer enn barn som ikke blir utsatt for risiko. Men barn som utsettes for to eller flere risikofaktorer har klart større sannsynlighet for skjevutvikling og problemer. Enkelte forskere har dokumentert at nesten alle barn som har vært utsatt for minst fem risikofaktorer i oppveksten har utviklet betydelige problemer i tidlig ungdomsalder eller tidlig voksenalder (Egeland, Carlson og Sroufe 1993). Dette understreker at for barn som er utsatt for risikofaktorer f.eks. i hjemmet, så kan det være avgjørende at skolen ikke blir en ytterligere risikofaktor.

Vi har i dag kunnskap som viser at ulike kontekstuelle betingelser i skolen viser sammenheng med og forklarer ulike problemer som barn og unge viser i skolen (Ogden 1995, Rutter 1998, Nordahl 2000, Imsen 2004). Dette innebærer at utvikling av atferdsproblemer og dårlige skolefaglige prestasjoner ikke bare har å gjøre med individuelle forutsetninger eller med hjemmeforhold. Barn og unges problemer i skolen kan også forklares ut fra den skolen elevene går i, og den opplæring de der mottar. Dette dokumenterer at skolen for noen barn og unge kan være en risikofaktor i oppveksten.

I forhold til atferdsproblemer framstår skolen som en risikofaktor både til alvorlige atferdsproblemer som vold, tyveri, hærverk, rusproblematikk, utagerende atferd i form av å være temperamentsfull og konfliktorientert og dessuten til innagerende atferd som angst, depresjon, ensomhet og isolasjon (Rutter 1990, Ogden 2001). Dette er ulike former for atferdsproblematikk som mange barn og unge og deres omgivelser sliter med, og som kan ha konsekvenser for deres senere liv som voksne. Videre er skolen en risikofaktor knyttet til manglende utvikling av skolefaglig kompetanse. Dårlige skoleprestasjoner i sentrale fag som matematikk, norsk og engelsk samt lav motivasjon og arbeidsinnsats kan også knyttes til læringsmiljøet i skolen og opplæringstilbudet elevene mottar (Imsen 2004). Slik kan skolen for en del barn og unge bidra til problemutvikling nå eller senere i livet eller forsterke en allerede negativ utvikling.

Det eksisterer et mangfold av faktorer og betingelser i skolen som kan påvirke barn og unge sin utvikling i ulike retninger. Gjennom ulike forskningsprosjekt er det i dag utviklet spesifikk kunnskap om hvilke faktorer i skolen som innebærer en risiko i oppveksten. (Ogden 2001, Nordahl, Sørli, Manger og Tveit 2003). Nedenfor er det gitt en kort beskrivelse av disse risikofaktorene:

- *Undervisning preget av lite struktur* i form av mangel på tydelighet og forutsigbarhet, uklar og lite konsekvent ledelse samt lavt engasjement fra læreren. Undervisningen framstår som en risikofaktor når læreren ikke er en tydelig leder i klasserommet.
- *Dårlig relasjon mellom elev og lærer* forstått som at eleven ikke opplever at læreren bryr seg, at eleven ikke blir sett o.l. Dette understreker at barn og unge i skolen kan utvikle seg i en uheldig retning når deres grunnleggende behov som anerkjennelse og verdsetting ikke blir realisert av læreren.
- *Konfliktpregede klassemiljøer* der det er dårlige relasjoner mellom elevene i form av utestengelse og lite samhold. Forholdet mellom barn og unge i skolen er viktig og mangel på eller uheldige sosiale relasjoner er en risikofaktor.
- *Uklare regler* og tilhørende lite konsistent håndhevelse av regler i både grupper/klasser og generelt på skolen. Regler som ikke blir brukt konsekvent ser ut til å bidra til uttrygghet og kan gi en uheldig sosial utvikling.
- *Dårlig samarbeid mellom hjem og skole* der foreldrene ikke blir hørt eller trodd og i en del tilfeller ikke tør å si ifra om hvordan egne barn har det. Her står foreldrene i en avmaktsposisjon og lærerne tror at foreldre er generelt ressursvake og ikke har forutsetninger for delta i et samarbeid. Foreldre og lærere er ofte i konflikt og samarbeider ikke om fellesoppgaven; oppdragelse av barn.

Rammefaktorer i skolen tilknyttet økonomi, skolestørrelse, skolebygningens utforming, utearealer o.l. ser i liten grad ut til være risikofaktorer i barn og unge sin utvikling. Betydningen av denne type faktorer er langt mindre enn de mer pedagogiske og sosiale forholdene som er nevnt ovenfor. I forhold til atferdsproblematikk kan det imidlertid se ut til vedlikehold av skolen kan forklare noe (Rutter m.fl. 1979). Det kan derfor se ut til at det i den generelle debatten om skolen som en forebyggende arena har blitt lagt for stor vekt på betydningen av klassestørrelse, voksentetthet og utforming på skolebygninger. Det er i langt større grad mangel på kvalitet i voksenstyrte aktiviteter og mellommenneskelige forhold som framstår som risikofaktorer i skolen.

I et forebyggende perspektiv er det vesentlig å understreke at det er mulig å fjerne eller redusere betydningen av de fleste risikofaktorene i skolen som her er beskrevet. Genetisk betingede risikofaktorer hos barn som f.eks. lav intelligens eller nevrologiske skader framstår i større grad som noe det enkelte barn må leve med. Risikofaktorene i skolen kan det gjøres noe



med, og slik framstår skolen som en arena som også kan ha en svært positiv innvirkning på barn og unge sin utvikling. Det er imidlertid avhengig av hvilke beskyttende faktorer som eksisterer i skolen.

## Skolen som beskyttelsesfaktor

Med beskyttende faktorer forstås faktorer enten hos det enkelte barn eller i de ulike oppvekstmiljøene barnet deltar som kan bidra til redusert sannsynlighet for negativ utvikling (Sørli 2000). Dette er faktorer som kan bidra til en utvikling hos barn og unge preget av anerkjennelse, mestring, verdsetting, selvtillit, sosial attraktivitet, trygghet o.l. Faktorer som fremmer kompetanse og en positiv utvikling vil beskytte mot en uheldig utvikling og kompensere for negativ innvirkning fra risikofaktorer. Det er særlig når barn er utsatt for risikofaktorer i oppveksten at beskyttende faktorer kan motvirke en uheldig utvikling, og det ser ut til at desto flere beskyttende faktorer som eksisterer desto mindre er sannsynligheten for en skjevutvikling. Videre er ikke beskyttende faktorer nødvendigvis det motsatte av risikofaktorer. Kvinnelig kjønn er for eksempel en beskyttende faktor uten at dermed mannlige kjønn framstår som en risikofaktor i oppveksten.

Denne forståelsen av forholdet mellom beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer i oppveksten understreker den betydning skolen kan ha i barn og unge sin oppvekst. Særlig for barn og unge som er utsatt for individuelle risikofaktorer eller risiko i hjemmet, blir det av særlig stor betydning at skolen blir en beskyttende faktor i oppveksten. På denne måten kan skolen redusere sannsynligheten for en uheldig utvikling. Nedenfor er det beskrevet noen faktorer som ut fra ulike undersøkelser ser ut til å framstå som beskyttende for barn og unge i skolen (Nordahl m.fl. 2003, Nielsen 2004):

- *Et nært forhold mellom lærer og elev* preget av trygghet, tillit og opplevelse av å bli likt. Relasjonen mellom elev og lærer er svært sentral for barns atferd, læring og situasjon i skolen, og kan når den er positiv beskytte mot en uheldig utvikling.
- *Prososiale vennskap* er en beskyttelsesfaktor, og særlig klassa eller gruppa som barn går i gir gode muligheter for å utvikle nære og positive jevnalderrelasjoner. Skolen er for barn og unge kanskje den viktigste sosiale arenaen, og den kan utnyttes for å etablere gode relasjoner mellom barn og unge.
- *Tilpasset opplæring* forstått som en opplæring i samsvar med elevenes evner og forutsetninger. En slik opplæring vil kunne gi mestrings-

opplevelser, selvtillit og en positiv identitetsutvikling og slik virke beskyttende. Dessuten vil det gi gode muligheter for videre skolegang og deltagelse i arbeidslivet.

- *Et gjensidig samarbeid mellom hjem og skole* der foreldre og lærere er likeverdig og arbeider mot felles mål og avklarte strategier. Et slikt samarbeid kan gi beskyttelse fordi barn opplever at skole og hjem er oppvekstmiljøer med relativt like forventninger og normer.
- *Kollektivt orienterte skoler* ser ut til å bidra til både god skolefaglig og sosial kompetanse hos barn og unge. I disse skolene er det etablert felles verdier, et nært samarbeid mellom lærere og det anvendes strategier i tilnærminger i opplæringen som drar i samme retning og som dermed kan beskytte barn.

## Forebyggende arbeid i skolen

Denne forståelsen av at skolen kan være en beskyttende faktor i barn og unge sin oppvekst innebærer også at skolen kan virke forebyggende. Skolen har slik en mulighet for å forebygge og beskytte barn mot en negativ utvikling, og dette gjelder særlig forhold til barn som er utsatt for risiko på andre områder i livet. Forebygging innebærer at det aktivt skal arbeides for å unngå en uheldig eller negativ utvikling hos barn og unge i framtid. Forebygging kan også defineres om anvendelse av proaktive strategier knyttet til eksplisitte målsettinger (Blyth og Milner 1996).

I et kortsiktig perspektiv vil forebygging i skolen dreie seg om strategier som har til hensikten å motvirke atferdsproblemer i form av for eksempel mobbing, utagering eller skulk og ikke minst forebygge spesifikke skolefaglige problemer. I et mer langsiktig perspektiv vil forebygging og anvendelse av proaktive strategier innebære å forhindre utvikling av kriminalitet, vold, rusmisbruk og psykiske problemer både i ungdomstiden og i voksen alder (Ogden 2001).

Et annet viktig kjennetegn ved forebygging er at det som oftest vil ha alle barn og unge som målgruppe. Særlig innenfor skolen vil dette dreie seg om å etablere tiltak og strategier som omfatter alle og ikke har noen klart avgrenset målgruppe. Hensikten er primært å forebygge utvikling av problemer og ikke redusere bestemte problemer hos en avgrenset gruppe av barn eller unge. I skolen er det gode muligheter for å anvende forebyggende strategier som inkluderer alle barn og unge i fellesskapet. I noen tilfeller kan også forebyggende strategier i skolen avgrenses til en bestemt gruppe elever som allerede har eller står i spesielt fare for å utvikle f.eks. alvorlige atferds-

problemer. Når forebyggende strategier kun brukes i forhold til en avgrenset gruppe av barn, er det imidlertid viktig å unngå strategier som kan bidra til stigmatisering og marginalisering. Det vil si at strategiene ikke bør oppfattes som avvikende og stemplende av andre barn og unge.

En stor utfordring ved forebyggende arbeid er at det ser ut til å være vanskelig å dokumentere gode resultater. Dette kan ha sammenheng med at det er et langsiktig arbeid, og at vi har hatt relativt få gode forskningsbaserte evalueringer av slike strategier. Men det kan også være relatert til at svært mange strategier, tiltak og program får status som forebyggende uten at det er bygd på faglig dokumentasjon. Med det menes at forebyggende program i for liten grad bygger på forskningsbasert kunnskap som kan sannsynliggjøre effekt (KUF/BFD 2000).

Innenfor det forebyggende arbeidet ser det ut til at politikk og ideologi har vært minst like viktig som faglighet. Forebygging har blitt sett på som sentralt for å kunne forhindre utvikling av ulike problemer i samfunnet, og det er vanskelig å uttrykke motstand mot de gode intensjonene som det forebyggende arbeidet ofte uttrykker. Ikke minst i forhold til rusproblemer, generelle ungdomsproblemer og utvikling av ulike former for kriminalitet har det blitt iverksatt en rekke mer eller mindre målrettede tiltak. Dette gjelder både i forhold til skolen og fritidssektoren. Eksempler på slike forebyggende strategier er ulike holdningskampanjer, undervisningsopplegg i skolen, utekontakter, kommunale fritidsklubber og lignende. Mange av disse tiltakene har vært svært generelle, relativt kortsiktige og det har i liten grad blitt stilt krav til dokumenterte resultater. Det kan se ut til at det har vært viktigere å vise at noe blir gjort enn å ha fokus på hvilke resultater som blir oppnådd. Det kan også være at både ambisjonene om hva som kan forebygges har vært for store, og at betydningen av systematisk og langsiktig arbeid har vært undervurdert på mange områder, også i forhold til atferdsproblemer.

Til slutt i denne artikkelen vil det kort bli beskrevet og gitt eksempler på noen forebyggende eller proaktive strategier i skolen som ser ut til å kunne gi gode resultater i form av at de er beskyttende i barn og unge sin utvikling. De forebyggende strategiene som her beskrives er i størst mulig grad evidensbaserte, forstått som at det ut fra forskning kan dokumenteres eller sannsynliggjøres positive resultater. Med sannsynliggjort effekt menes det at strategien bygger på forskningsbaserte teoretiske tilnærminger som kan gi dokumentasjon for mulige resultater, men at strategien ikke er tilstrekkelig evaluert.

## Læring av sosial kompetanse

Mellom barn og unge foregår det kontinuerlig et sosialt spill der etablering og opprettholdelse av vennskap og popularitet er en viktig drivkraft. Evne til å mestre dette sosiale samspillet er av stor betydning, er en vesentlig betingelse for barn og unge sin utvikling og livskvalitet (Webster-Stratton 2001, Nordahl 2002). Ikke alle klarer å etablere gode vennskap med andre jevnaldrende, og noen kan oppleve en sterk grad av ensomhet og isolering fra fellesskapet. Dette innebærer at barn og unge sin sosial kompetanse er viktig for i hvilken grad de klarer å etablere jevnalderrelasjoner, og i forhold til hvem de etablerer relasjoner til. Med sosial kompetanse menes et sett av ferdigheter, kunnskaper og holdninger som trengs for å mestre ulike sosiale miljøer, som gjør det mulig å etablere og vedlikeholde sosiale relasjoner og som bidrar til at trivsel økes og utvikling fremmes (Garbarino 1985)

For å etablere vennskap og positive jevnalderrelasjoner er det vesentlig å vise sosialt initiativ og utfoldelse. En rolle som tilskuer i sosiale aktiviteter gir få muligheter for å etablere relasjoner. Men samtidig eksisterer det også et sterkt konformitets- eller tilpasningskrav i forhold til jevnaldrende. Det er for barn og unge viktig å være «en av dem» (Pedersen 1998). Dette kan defineres som å være innenfor en sosial gruppe av jevnaldrende eller å stå utenfor.

I en oppsummering av evalueringsstudier av bruk av program for trening av sosial kompetanse i skolen, påpeker Sørli (2000) at det er empirisk grunnlag for å hevde at slike tiltak gjennomgående gir positive resultater. Tiltak og program for læring av sosiale ferdigheter og kunnskaper er påvist å ha positive effekter på barn og unges sosiale kompetansenivå, på internalisert og eksternalisert problematferd, skulk, mistrivsel og også på skolefaglige prestasjoner. Denne type effekter er oppnådd både på barnetrinn, ungdomstrinn og i videregående skole. Dette understreker at noen former for læring av sosial kompetanse kan være et godt forebyggende tiltak i skolen.

Det finnes i dag en rekke mer eller mindre ferdigutviklede program for læring av sosial kompetanse i skolen, og programmene har også fått en viss utberedelse. En faggruppe utnevnt av Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet og Barne- og familiedepartementet (KUF/BFD 2000) påpeker i sin vurdering av de ulike programmene at det er stor variasjon i målsetting, innhold, arbeidsmåter, teoretisk fundament, og ikke minst evalueringsresultater. Enkelte program holder ut fra faggruppens oppfatning en relativt god faglig kvalitet, mens andre program har en del faglige mangler.

## Relasjoner mellom lærer og elev

Kvaliteten på relasjonen mellom voksne og barn og unge ser ut til å være vesentlig i all samhandling og oppdragelse. I tabellen nedenfor er det vist noen sammenhenger mellom kvaliteten på relasjonen mellom lærer og elev og enkelte andre forhold i skolen.

*Tabell 1.1: Sammenheng mellom relasjon mellom elev og lærer og andre forhold i skolen.*

	Undervisning	Problematferd	Trivsel
Relasjon elev/lærer	.60	-.44	.31

Her ser vi at elever som har en god relasjon til læreren sin også vurderer undervisningen langt mer positivt enn andre elever, at elevene som har en god relasjon til læreren også viser mindre problematferd og at de trives bedre på skolen. Dette indikerer at en god relasjon mellom elev og lærer kan være en beskyttende faktor i oppveksten. Denne sterke betydningen som relasjoner mellom voksne og barn har, kan forstås som et uttrykk for at relasjoner til nære andre er et fundamentalt menneskelig behov (Heggen m.fl. 2003). I det forebyggende arbeidet er det derfor gode grunner for å vurdere om og hvordan gode relasjoner eventuelt kan utvikles.

Utvikling av relasjoner forutsetter at etablering og opprettholdelse av relasjoner kan påvirkes og læres. Å være en god oppdrager er ikke bare noe som er medfødt, noe som noen voksne bare er og andre ikke er. En framstilling av dette kjerneområdet i all oppdragelse og opplæring som genetisk bestemt og noe som ikke lar seg påvirke, er feilaktig. Relasjoner er noe som utspilles mellom mennesker, og ikke noe som sitter i mennesker (Hennum 2002). Dette innebærer at barn også har innflytelse på relasjonen til voksne. Dermed vil det lett kunne etableres sterkere og bedre relasjoner mellom velfungerende elever og lærere enn mellom risikobarn og lærere. Samtidig er det viktig å understreke at det er den voksne som har ansvar for relasjonen til barn. Som oppdragerer kan vi ikke la dette være avhengig av initiativ fra barn.

Etablering av en relasjon i skolen vil i noen grad være avhengig av at læreren ser eleven. Læreren og andre voksne må være sensitive overfor de barn vi til enhver tid står overfor (Killén 1991). Det vil innebære å anvende øyekontakt, humor, et klapp på skulderen, og ikke minst personlige kommentarer til hendelser eller situasjoner som er viktig for barn. Dette kan være kommentar og spørsmål om hvordan det er på skolen, relasjoner til

kamerater, aktiviteter på fritid, situasjoner og hendelser i hjemmet, klær, frisyre og lignende.

For å kunne se og snakke med barn bør vi som voksne verdsette det som er viktig for barn. Det viktigste for barn og unge ser ut til å være forholdet til jevnaldrende (Frønes 1995). Dette innebærer at mange av barns handlinger, utsagn, og oppfatninger er knyttet til relasjonen til andre barn og unge. Voksne som viser interesse for disse jevnalderrelasjonene er oppmerksom på utviklingen av dem, kan framstå som en signifikant person for barn. Læreren bør derfor interessere seg for symbolene og verdiene som disse relasjonene bygger på. Slike symboler kan i dag være klær, musikk, data- og TV-spill, fotballklubber, internett, chatting, mail, mobiltelefoner og lignende. Dette er ikke bare interesser barn har eller aktiviteter de driver med. Disse interessene og aktivitetene har også en viktig sosial funksjon ved at de bidrar til vennskap og attraktivitet. Disse for barn og unge viktige sosiale symbolene må ikke avvises, men respekteres og verdsettes.

Ros, støtte, oppmuntring og positive tilbakemeldinger er viktig for både barn og voksne. Dette dreier seg om anerkjennelse, og det kan betraktes som et grunnleggende behov hos alle mennesker (Nordahl 2002). Det er barns opplevelse av de voksne sine tilbakemeldinger som her er avgjørende, ikke den voksnes egen intensjon. Som voksne kan vi mene at vi gir ros og oppmuntringer til barn, men det er ikke alltid at barn oppfatter det slik. Anerkjennelse av barn bør så langt det er mulig være direkte og tydelig.

Barn og unge som i skolen blir anerkjent, rost, sett og hørt av læreren får tilgang til en beskyttende faktor i oppveksten. Det er derfor viktig at lærere blir støttet og oppmuntret til å etablere gode relasjoner til sine elever. Samtidig må det understrekes at sosiale interaksjoner er komplekse, og at det for læreren vil være problematisk å etablere relasjoner til svært utfordrende elever.

## **Samarbeid med foreldre**

Foreldrenes bakgrunn og den støtte foreldre gir sine barn ser ut til å være viktig for hva barna presterer i skolen og hvordan de opplever sin situasjon i skolen. Sammenhengen mellom skoleprestasjoner og foreldrebakgrunn særlig knyttet til utdanningsnivå er påvist i flere undersøkelser (Birkemo 2001). Foreldrenes sosiale og kulturelle kapital vil det være lite å få gjort noe med på kort sikt. Men kapitalens betydning for barnas skoleprestasjoner og situasjon i skolen kan sannsynligvis reduseres ved at det etableres et bedre samarbeid med alle foreldre. Sammenhengen mellom foreldre og barns skoleprestasjoner kan også knyttes til hvilken støtte foreldrene gir sine

barn og hvordan de samarbeider med skolen. Dette indikerer at en videreutvikling av samarbeidet mellom hjem og skole kan innebære at særlig foreldre med lav sosial og kulturell kapital kan spille en mer positiv rolle for barnas skolegang.

I en undersøkelse blant 500 elever på ungdomstrinnet ble elevenes opplevelse av flere forhold i skolens læringsmiljø undersøkt (Nordahl 2000). Samtidig vurderte foreldrene her sin egen støtte til barnas skolegang gjennom en skala på 10 spørsmål. Nedenfor er det satt opp en korrelasjonstabell over sammenhengen mellom foreldrestøtte og tre faktorer eller områder i skolens læringsmiljø.

Tabell 1.2: Sammenhenger mellom foreldrestøtte og læringsmiljøet

	Relasjon elev–elev	Relasjon elev–lærer	Elevens trivsel
<b>Foreldrestøtte</b>	.27*	.30*	.25*

\*  $p < .001$

Denne tabellen viser at det er en sammenheng mellom foreldrestøtte og de relasjoner elevene har til medelever og til lærere og hvordan de trives på skolen. Selv om det ikke ut fra denne type undersøkelser kan dokumenteres noe årsaks-virkningsforhold er det likevel gode argumenter for at skolen bør samarbeide godt med foreldre. Det er grunn til å anta at det er mulig å påvirke foreldrenes betydning for barns skolegang i en positiv retning, hvis samarbeidet med lærerne er godt og foreldrene vet noe om hvordan det er hensiktsmessig å være foreldre i norsk skole.

Videre er det slik at skolen og lærerne møter *alle* foreldre til barn i skolealder, og skolen har også en plikt til å tilrettelegge for et godt samarbeid med hjemmet (KUF 1997). Dermed er det for foreldre ikke knyttet noen stigmatisering til å ha samtaler med læreren. Denne plikten til å samarbeide med og møte alle foreldre har ikke andre instanser som barnevern og barne- og ungdomspsykiatri. Dette gir skolen i utgangspunktet gode betingelser for å kunne etablere et nært samarbeid til foreldre til utsatte barn. Likevel ser det ut til at skolen har store vanskeligheter med å få til et godt samarbeid med foreldre til utsatte barn og unge. Flertallet av foreldre til barn med problemer i skolen uttrykker at de har et dårlig samarbeid med skolen (Nordahl 2003).

I de tilfeller det kan dokumenteres et godt samarbeid mellom foreldre til barn med problemer og skolen ser det ut til å være kjennetegnet av likeverd og gjensidighet (op.cit). Gjennom dette kan det etableres en myndiggjørende praksis og det dannes forutsetninger for reelle dialoger mellom

foreldre og lærere der begge parter kan være sannferdige. Ved en slik dialog mellom foreldre og skolen realiseres det kommunikativ makt. Det vil si at foreldre og lærere kommer fram til enighet om hvordan de sammen kan påvirke barn og unge sin læring og utvikling i en positiv retning. Skal dette skje må foreldre og lærere møtes uten at det er barn til stede. Dessuten bør det for noen foreldre innebære at samarbeid legges utenfor skolen, gjerne hjemme hos foreldrene. Dette gjelder særlig for foreldre som selv har negative erfaringer fra egen skolegang. Møtet mellom foreldre og lærere ser ut til å gi best resultater når fokus og målsettingen for samarbeidet er knyttet til det enkelte barn. Det foregår lettest ved at samtalen er relatert til barnets framtid og ikke dreier seg om fortiden. Ved at foreldre og lærere snakker om hvilke ønsker de har for barnets utvikling og skolegang, vil de fort oppleve at de er enige.

## Avslutning

Det er i denne artikkelen foretatt både normativ og empirisk argumentasjon for at skolen kan være en helt avgjørende oppvekstarena for utsatte barn og unge. I skolen finnes det muligheter for å gi alle barn og unge faglig og sosial kompetanse, mestringsopplevelser og en positiv identitet. Slik kan skolen være en beskyttende faktor i oppveksten, og kompensere for andre risikofaktorer knyttet til det enkelte individ eller hjemmeforhold. Om utsatte barn og unge skal oppleve skolen som en beskyttende faktor i oppveksten er ikke bare avhengig av skolen og lærerne. Det er også betinget av at andre faggrupper og instanser som arbeider med utsatte barn og unge forstår de muligheter som eksisterer i skolen og støtter opp om skolen og lærerne. Lærerne er den eneste yrkesgruppe som hver dag direkte møter og har mandat til å påvirke utsatte barn. Dette gir muligheter som kan utnyttes i sterkere grad, samtidig som det også gir lærerne store utfordringer i hverdagen.



## Referanser

- Blyth, E., & Milner, J. (1996). *Exclusion from School. Inter-professional issues for policy and practice*. London: Routledge.
- Durlak, J.A. (1995). *School-based prevention programs for children and adolescents*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Egeland, B., Carlson, E. & Sroufe, L.A. (1993). Resilience as process. *Development and Psychopathology*, 5, 517–528.
- Eikeland, O-J, & Manger, T. (2004). *Opplæring innanfor kriminalomsorga*. Fylkesmannen i Hordaland
- Frønes, I. (1995). *De likeverdige*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Garbarino, J. (1985). *Adolescent development. An ecological perspective*. Columbus, Ohio: Chareles E. Merrill.
- Heggen, K., Jørgensen, G., & Paulgaard, G. (2003). *De andre. Ungdom, risikosoner og marginalisering*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helgeland, I. (1994). Innledning. I: Helgeland, I. (red.), *Utfordrende ungdom i skolen*. Oslo: Kommuneforlaget. (ss. 7–23).
- Hennum, N. (2002). *Kjærlighetens og autoritetens kulturelle koder*. Oslo: NOVA-rapport 19/02.
- Imsen, G. (2003). *Læringsmiljøets betydning*. Norges forskningsråd.
- Killén, K. (1991). *Sveket*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (1997). *Læreplaverket for den 10-årige grunnskolen*. Oslo: Nasjonalt læremiddelsenter.
- KUF/BFD (2000). *Vurdering av program og tiltak for å redusere problematferd og utvikle sosialkompetanse*. Innstilling fra faggruppe oppnevnt av Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og Barne- og familiedepartementet. Rapport 2000. Oslo: Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.
- Mollenhauer, K. (1995). *Glemte sammenhenger. Om kultur og oppdragelse*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Nielsen, J. (2004). *Problematferd. Børns og unges utfordringer til fællesskabet*. København: Hans Reitzel forlag.
- Nordahl, T. (2000). *En skole – to verdener. Et teoretisk og empirisk arbeid om problematferd og mistilpasning i et elev- og lærerperspektiv*. Oslo: NOVA-rapport 11/00.
- Nordahl, T. (2002). *Eleven som aktør. Fokus på elevens læring og handlinger i skolen*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Nordahl, T. (2003). *Makt og avmakt i samarbeidet mellom hjem og skole*. Oslo: NOVA-rapport 13/03.
- Nordahl, T., Sørli, M-A., Tveit, A., & Manger, A. (2003). *Alvorlige atferdsvansker. Effektiv forebygging og mestring i skolen*. Veileder for skolen. Oslo: Læringscenteret.
- NOU (2000:12). *Barnevernet i Norge*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Ogden, T. (1995). *Kompetanse i kontekst. En studie av risiko og kompetanse hos 10- og 13-åring*. Rapport 3. Oslo: Barnevernets utviklingscenter.
- Ogden, T. (2001). *Sosial kompetanse og problematferd i skolen. Kompetanseutviklende og problemløsende arbeid i skolen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pedersen, W. (1998). *Bittersøtt: Ungdom, sosialisering, rusmidler*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Pinar, W. F., Reynolds, W. M., Slattery, P., & Taubmann, P. M. (1995). *Understanding curriculum. An introduction to the study of historical and contemporary curriculum discourses*. New York: Peter Lang.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. I J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (red.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (ss. 184–214). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rutter, M., Maughan, B., Mortimore, P., & Ousten, J. (1979). *Fifteen thousand hours. Secondary schools and their effects on children*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Sørli, M-A. (2000). *Alvorlige atferdsproblemer og lovende tiltak i skolen. En forskningsbasert kunnskapsstatus*. Oslo: Praxis forlag
- Sørli, M-A., & Nordahl, T. (1998). *Problematferd i skolen. Hovedfunn. Forklaringer. Pedagogiske implikasjoner*. Hovedrapport fra forskningsprosjektet "Skole og samspillsvansker". Rapport 12 a/98 Oslo: NOVA.
- Webster-Stratton, C. (2001). *Parenting program. The incredible years. Leaders Guide*. (revised edition). Seattle, WA: Carolyn-Webster Stratton.



# DEL III:

## Samfunnets forhold til omsorgsvikt

---



# Trumfkort og puslespill: Hvordan barnevernstjenesten argumenterer om omsorgssvikt

---

*Elisabeth Backe-Hansen*

Utvikling av tiltak i samarbeid med familien er en sentral, politisk målsetting for et moderne barnevern, og skjer ofte. Men hva «barnets beste» skal være vil likevel være omstridt. Det er et kraftfelt der faglige vurderinger, moral og verdier lett kommer i konflikt med hverandre. Samtidig skal de alle tas hensyn til i diskusjonene om hva for avvikende omsorg for barn er. Mange år i barnevernet, både som praktiker og forsker, har selvsagt lært meg at det ikke finnes enkle svar på disse dilemmaene. Det *er* vanskelig å ta riktige beslutninger i barnevernssaker, og umulig å unngå at feil skjer. Derfor er det også tvingende nødvendig å utvikle kompetanse som gjør beslutningsprosessen mer håndterlig for barnevernets ansatte, slik at beslutningene blir så riktige som mulig med det grunnlaget som finnes. Min påstand er at det å ta beslutninger krever kompetanse som må læres på linje med annen, profesjonell kunnskap. En måte å gjøre dette på, er å anvende lærdom fra beslutningsteori. Det skal jeg gjøre i dag, med barnevernstjenestens argumentasjon i saker som gjelder omsorgsovertakelse av små barn som «case».

## Skal vi legge vekt på hvorfor eller hvordan beslutninger tas?

Mesteparten av den tidligere forskningen om beslutningsfatting i barnevernet har dreid seg om *hvorfor* beslutninger tas, for eksempel hvorfor barn plasseres utenfor hjemmet, eller hvorfor noen hjelpetiltak har effekt mens andre ser ut til å være mindre virksomme. Forskere fra mange land, inklusive dagens jublant, har anstrengt seg for å identifisere gode, prediktive kjennetegn, for bedre å sette praksisfeltet i stand til å vurdere når omsorgsovertakelse er nødvendig. Så langt har imidlertid ikke denne forskningen gitt de resultatene man kunne ønske seg. Snarere kan det se ut som om mer forskning stort sett fører tiul at flere og flere sakskjennetegn løftes fram som betydningsfulle, ikke at beslutningsgrunnlaget blir mer entydig. Med andre

ord er det neppe mulig å forske seg fram til noen få, tydelige sakskjennetegn, nettopp fordi bildet er nyansert, og fordi beslutninger om omsorgsovertakelse avhenger av mer enn sakskjennetegn alene.

Kunnskap om årsaker til omsorgsovertakelse er nødvendig, men altså ikke tilstrekkelig. Hvordan kan den så suppleres? En måte å komme videre på, er å interessere seg for *hvordan* saksbehandlere i barnevernet tar beslutninger. Hvordan resonnerer og argumenterer saksbehandlere når de skal overbevise en tilhørerskare, som kan være foreldre, kollegaer, eller formelle beslutningstakere, om at en bestemt beslutning er rettferdig, riktig og ønskelig?

## Trumfkort eller puslespill?

Beslutningsteori lærer oss at det er to prinsipielt ulike måter å organisere en argumentasjon på for å rettferdiggjøre et ønsket utfall. Den ene måten er å *kombinere og vekte flere, relevante sakskjennetegn*. Dette er en måte å tenke på som passer for klinikere, fordi klinisk virksomhet nettopp handler om å se etter sammenhenger mellom flere kjennetegn ved et problem. Som klinikere vil vi ønske å fortelle en fullstendig historie, der den indre sammenhengen mellom elementene i historien skaper konsistens og utvikling, og der konklusjonen er logisk og forståelig ut fra måten historien er bygget opp på. I så fall kan vi tenke oss at argumentasjonen bygges opp som et puslespill, der bitene til sammen skaper bildet av en for dårlig omsorgssituasjon. Da blir det viktigste spørsmålet hvilke puslespillbiter som velges, og hvilke som forkastes.

Den andre måten er å *fokusere på ett enkelt, framtrædende sakskjennetegn*. Dette gjør det enklere å rettferdiggjøre en beslutning, og er blant annet derfor ofte funksjonelt i praksis. Noe tidligere forskning viser også at det er dette som kan skje i enkeltsaker. For eksempel demonstrerte Norma Mooney og Lise Gulichsen (2000) at når sakenes kompleksitet blir for u håndterlig og emosjonelt belastende, reagerer både fagpersoner og beslutningstakere med å snevre inn fokus til å gjelde ett enkelt sakskjennetegn. De trakk fram to eksempler fra konkrete saker: at mor var alvorlig, psykisk syk, eller hadde involvert seg i en religiøs sekt. Ingrid Voll (1995) benyttet seg av tre vignetter og intervjuet i alt 14 saksbehandlere fra seks sosialkontorer i Bergen. Hun fant at informantenes beslutninger ble styrt av om de satset på en grunnleggende tillit eller mistillit til omsorgspersonene. I så fall kan vi tenke oss at argumentasjonen bygges opp rundt et trumfkort, som i seg selv er

tilstrekkelig til å overbevise tilhørerskaren. Da blir det viktigste spørsmålet hva som kan være et gyldig trumfkort, og hva som ikke er det.

Med dette teoretiske utgangspunktet analyserte jeg saksframleggene i 16 typiske saker der det var foreslått omsorgsovertakelse for til sammen 21 barn mellom 0 og 7 år (Backe-Hansen 2001). Sakene reflekterte kompleksiteten i beslutningsprosessen gjennom de avveiningene saksbehandlerne hadde foretatt mellom hjelpetiltak og omsorgsovertakelse over tid. Sakene var også likelig fordelt når det gjaldt de vanligste årsakene til at omsorgsovertakelse foreslås for barn i denne aldersgruppa, nemlig foreldrenes rusmisbruk og ulike former for omsorgssvikt. Videre inkluderte jeg både saker der foreldrene samtykket og saker der de ikke samtykket, og saker der barnet bodde hjemme da forslaget ble fremmet og saker der barnet allerede var plassert midlertidig et annet sted. Ettersom barnevernsloven inneholder både et skade- og et farekriterium, inkluderte jeg dessuten saker der det var beskrevet utviklings- og funksjonsproblemer for barnas del, så vel som saker der det ikke var beskrevet slike problemer.

Det viste seg at tenkningen om trumfkort og puslespill var en fruktbar måte å analysere barnevernstjenestens argumentasjon på. Enten ble ett enkelt, synlig kjennetegn løftet fram og brukt, eller så ble flere sakskjennetegn kombinert til et samlet bilde av for utrygg, uforutsigbar og ustabil omsorg. Trumfkortet var uten unntak foreldrenes rusmisbruk. Imidlertid var ikke misbruket tilstrekkelig i seg selv. Det måtte være bekreftet, enten av foreldrene selv eller fordi det var så synlig at det var umulig å benekte. For det andre måtte saksbehandler argumentere overbevisende nok for at misbruket var for alvorlig til å kunne kombineres med omsorg for barn, og ville kreve langvarig behandling.

Dette førte igjen til mindre vektlegging av annen informasjon. Selv om det for eksempel kunne foreligge informasjon om vanskjøtsel og mishandling, ble ikke denne brukt i argumentasjonen. Det var heller ikke «nødvendig» å argumentere for at foreldrene manglet omsorgsevne, hadde negative personlighetsegenskaper, eller at familielivet var preget av dysfunksjonelle samspillsmønstre. Det var tilstrekkelig å etablere en forbindelseslinje mellom rusmisbruket og barnets omsorgssituasjon.

I resten av sakene, der årsaken til at omsorgsovertakelse ble foreslått var vanskjøtsel, mishandling eller overgrep, ble argumentasjonen derimot organisert som et puslespill der bestemte biter gikk igjen fra sak til sak. Igjen måtte noen kjennetegn være til stede. For det første måtte det være bekreftet på en overbevisende nok måte at barnet omsorgssituasjon faktisk var for dårlig, enten barnet hadde egne problemer eller ikke. Dette ble gjort ved



hjelp av beskrivelser av alvorlige hendelser, og med støtte av vurderinger fra fagfolk utenom barnevernstjenesten. For det andre måtte disse vurderingene plasseres i en kontekst der foreldrenes manglende omsorgsevne ble framhevet, gjerne i kombinasjon med at negative personlighetsegenskaper ble framhevet. Omsorgsovertakelse kunne så rettferdiggjøres gjennom en direkte kobling mellom for dårlig omsorgsevne og en mangelfull omsorgssituasjon. I flere av disse sakene kunne rusmisbruk være beskrevet eller bekreftet, men dette ble ikke tillagt spesiell betydning.

Var det så tilfeldig om argumentasjonen ble organisert på den ene eller den andre måten? Det var det ikke, og senere kommer jeg tilbake til en diskusjon av hva som skal til for at trumfkortet er tilstrekkelig eller puslespillet nødvendig. Men først vil jeg beskrive enda nærmere hvordan *innholdet* i beslutningsprosessen ble påvirket av måten argumentasjonen ble organisert på.

Når vi skal resonnerer og argumentere om barns omsorgssituasjon, må vi bygge på *informasjon* om barna og familien. Når omsorgsovertakelse foreslås, vil familien som oftest ha vært godt kjent for barnevernstjenesten over lang tid, og mye informasjon vil være innhentet for å bli kjent med saken, og i tråd med skiftende oppfatninger av den. Saksbehandler vil måtte velge ut hva som skal vektlegges av den informasjonen som allerede foreligger, dessuten må det innhentes ny og relevant informasjon for det som nå er formålet. Informasjonsinnhenting er derfor en konstruerende og dynamisk prosess, der hensikten er å tegne et bilde av barns omsorgssituasjon, som kan aksepteres som grunnlag for den profesjonelle argumentasjonen som følger. I alle de 16 sakene jeg analyserte, ble informasjon om fire områder poengtert. Det var beskrivelser av foreldrene, av barna, av barnas omsorgssituasjon over tid og av de hjelpetiltakene som hadde vært iverksatt.

I *trumfkortsakene* avhang *beskrivelsene av barna* av om det var beskrevet utviklings- eller funksjonsproblemer for deres del. Stort sett var informasjonen generell og fortolkende, i mindre grad konkret og beskrivende. Dette reflekterer nok at barnevernstjenesten stort sett ikke kjente barna spesielt godt i disse sakene, men var avhengig av beskrivelser og vurderinger fra andre.

*Beskrivelsene av hjelpetiltakene som hadde vært prøvd* besto i å referere det som var forsøkt, med sikte på å etablere en konsensus om at barnevernstjenesten hadde gjort sitt for å bedre barnets omsorgssituasjon. Dette er igjen en vesentlig forutsetning når omsorgsovertakelse skal rettferdiggjøres.

*Beskrivelsene av foreldrene* hadde med deres oppvekst og bakgrunn, som var preget av utstrakt marginalisering på mange viktige livsområder. Ellers dreide de seg først og fremst om rusmisbruket.

*Beskrivelsene av barnets omsorgssituasjon* inneholdt alltid en kronologisk oversikte over hva som var skjedd, men dreide seg også først og fremst om rusmisbruket, og det forekom bare sporadisk beskrivelser av andre forhold.

Også i *puslespillsakene* avhang *beskrivelsene av barna* av om de hadde problemer eller ikke, og også med denne argumentasjonsformen var de primært generelle og fortolkende.

Også i *puslespillsakene* besto *beskrivelsene av hjelpetiltakene* i å referere det som var forsøkt, med sikte på å etablere en konsensus om at barnevernstjenesten hadde gjort sitt for å bedre barnets omsorgssituasjon. Denne likheten mellom trumfkortsakene og puslespillsakene reflekterer sannsynligvis at det ikke er så stor variasjon i hjelpetiltakene som tilbys familier med barn i førskolealder. Vanligvis vil barna ha vært i kontakt med helsestasjon, de vil ha vært i barnehage med eller uten ekstra tiltak der, de kan ha vært i weekendhjem, eller det kan ha vært tiltak eller tilsyn i familiens hjem. Langt færre vil ha hatt kontakt med barne- og ungdomspsykiatrien eller medisinske spesialisttjenester.

Når *foreldrene ble beskrevet* i puslespillsakene, var også her deres bakgrunn og oppvekst med. Variasjonen mellom de to måtene å argumentere på ble imidlertid mer tydelig når det gjaldt foreldrenes nåværende situasjon og fungering. Til forskjell fra trumfkortsakene, ble det her gitt ganske inngående beskrivelser av særlig mødrenes personlighetsegenskaper.

Til forskjell fra i trumfkortsakene, besto *beskrivelsene av barnas omsorgssituasjon* i puslespillsakene av detaljerte beskrivelser av dårlig omsorg på ett eller flere av følgende områder: dysfunksjonelle relasjoner mellom særlig mor og barn, vold og konflikter i familien inkludert fysisk og seksuell mishandling, veldig dårlig hygienisk standard i hjemmet, og dårlig økonomistyring.

I begge typene saker ble alvorlige episoder beskrevet hvis disse hadde ført til akutt plassering av barnet.

Den informasjonen som er innhentet, skal bearbeides, det vil si *kombineres og vektet*. Dette innebærer å konstruere barnevernsfaglige argumenter, gjennom å fokusere på, og trekke slutninger om, utvalgte deler av den informasjonen som allerede er gitt status som relevant. Generelt ble det argumentert for at barnas omsorgssituasjon var ustabil, utrygg og uforutsigbar. I tillegg ble det fastslått av hjelpetiltak ikke hadde ført fram fordi

foreldrene, særlig mor, ikke hadde gjort sin del av jobben. Med andre ord kunne ikke manglende effekt av hjelpetiltakene tilskrives at barnevernstjenesten hadde vært lemfeldig.

I *trumfkortsakene* dominerte faglige slutninger som var knyttet til foreldrenes rusmisbruk. Argumentasjonen var generell, og bygget på implisitte antakelser om at for omfattende rusmisbruk fører til en for ustabil, utrygg og uforutsigbar omsorg for barn. Det ble ikke ansett som nødvendig å forklare denne forbindelseslinjen særlig detaljert. Mødrene ble ikke vurdert spesielt negativt personlig. Hvis det fantes beskrivelser av emosjonelle, sosiale eller kognitive problemer for barnas del, ble disse koblet til trumfkortet. Det samme gjaldt manglende effekt av hjelpetiltak.

I *puslespillsakene* ble derimot flere typer informasjon kombinert gjennom de faglige slutningene som ble trukket. Argumentasjonen var mer detaljert. Koblingen mellom beskrivelsene som forelå og en ustabil, utrygg og uforutsigbar omsorgssituasjon måtte forklares langt mer inngående så forbindelsen ble eksplisitt. Argumentasjonen kunne så styrkes enda mer ved hjelp av faglige slutninger som var basert på psykologisk kunnskap om barns behov.

Karakteristikken av mødrene ble oppsummert og styrket ved hjelp av de slutningene som ble trukket om deres negative personlighetsegenskaper. Hvis fedrene fortsatt var en del av familien, eller hvis mor hadde en ny samboer med egne problemer, ble dette transformert til en negativ vurdering av mor, som ikke greide å skjerme barna mot uheldige farsfigurer. Manglende effekt av de hjelpetiltakene som var prøvd ble tilskrevet foreldrenes og særlig mødrenes uansvarlighet og dårlige omsorgsevne, med andre ord ble deres negative personlighetstrekk ekstra understreket.

Var det beskrevet problemer for barnas del ble disse henvist til, og eventuell bedring over tid ble tilskrevet innsatsen fra profesjonelle og ikke foreldrene. Hvis det ikke var beskrevet problemer for barnas del, ble barnets fungering summert opp uten kommentarer, eller transformert til en negativ vurdering av mor gjennom prediksjoner om framtidig problemutvikling.

Når omsorgsovertakelse skal rettferdiggjøres, er det siste trinnet i prosessen det som kan kalles *matching mellom sak og lov*. Gjennom denne matchingen prøves barnevernstjenestens profesjonelle vurderinger mot de juridiske kravene loven stiller. Som kjent må dette skje i to trinn: Barnets omsorgssituasjon må kunne beskrives på en måte som stemmer over ens med bestemmelsene i § 4-12, 1. ledd i Lov om barnevernstjenester, for det andre må det begrunnes godt nok at hjelpetiltak ikke har ført fram eller vil være nytteløse.

I *trumfkortsakene* var heller ikke denne matchingen veldig eksplisitt. Stort sett ble det trukket forbindelseslinjer mellom en ustabil, utrygg og uforutsigbar omsorgssituasjon og foreldrenes rusmisbruk. Hvis barna hadde problemer, ble disse igjen forbundet med rusmisbruket.

I halvparten av disse sakene ble det heller ikke argumentert eksplisitt om de hjelpetiltakene som var forsøkt. Manglende effekt ble bare tilskrevet mødrenes rusmisbruk.

I *puslespillsakene* ble det derimot trukket direkte forbindelseslinjer mellom barnets for dårlige omsorgssituasjon og foreldrenes, særlig mødrenes utilstrekkelige omsorgsevne. Det skjedde også mer direkte koblinger mellom beskrivelsene av barnas omsorgssituasjon og lovens bestemmelser. Dessuten ble eksempler som styrket barnevernstjenestens argumentasjon ytterligere brukt i mye større grad. Når hjelpetiltak ble diskutert, ble også omfang og varighet av tiltakene trukket inn. Dette plasserte ansvaret enda tydeligere på foreldrene, særlig mødrene, for at tiltakene ikke hadde virket etter hensikten.

Hva var så betingelsene for at den ene eller den andre måten å argumentere på ble valgt, eller med andre ord for at foreldrenes rusmisbruk kunne bli et gyldig trumfkort? Som tidligere nevnt, var ikke rusmisbruket tilstrekkelig i seg selv. Rusmisbruket kunne først få status som trumfkort når det kunne dokumenteres at misbruket hadde vært alvorlig, langvarig og hadde blitt forverret i det siste. Dette siste illustreres ved at barna i nesten samtlige trumfkortsaker hadde blitt akutt plassert før forslaget om omsorgsovertakelse ble fremmet, gjerne på grunn av en krise knyttet nettopp til rusmisbruket. Hvis rusmisbruk først er bekreftet på denne måten, er det sannsynligvis ganske enkelt å overbevise beslutningstakere i barnevernet om at konsekvensen blir omsorgssituasjoner som er for ustabile, utrygge og uforutsigbare. Rusmisbruk er dessuten vanlig nok i vårt samfunn til at det ses som et problem.

Det normative grunnlaget for å akseptere at omsorgsovertakelse er akseptabelt hvis problemet er alvorlig nok, finner vi i eksisterende kunnskap om hvordan rusmisbruk kan ødelegge livet til både misbrukerne og familiene deres.

Å bruke rusmisbruk som trumfkort vil sannsynligvis gi beslutningstakerne mange av de samme assosiasjonene som barnevernsarbeidere har, noe som gjør generelle og implisitte argumenter tilstrekkelig rettferdiggjørende.

Med andre ord kan et sakskjennetegn brukes som trumfkort hvis et verdibasert argument om sakskjennetegnets gyldighet har legitimitet utenfor barnevernstjenesten. Et annet eksempel på et gyldig trumfkort er plassering

av atferdsvanskelig ungdom, på grunn av de opplevde truslene de utgjør mot samfunnet.

*Trumfkortet* var både nødvendig og tilstrekkelig alene. I *puslespill-sakene* var derimot flere sakskjennestegn nødvendige i den forstand at de ble brukt i alle eller flere av sakene, mens ingen av dem var tilstrekkelige alene. Kanskje er det slik at et puslespill konstrueres når det ikke er mulig å finne et gyldig trumfkort?

For eksempel kunne en sterk mistanke om *seksuelt misbruk* vært et trumfkort på grunn av den moralske fordømmelsen av slike handlinger, og generell kunnskap om skadevirkningene av dem. På den andre siden er mistanker om seksuelt misbruk svært vanskelige å få bekreftet, og følges gjerne av et svært høyt aggresjonsnivå, noe som gjør beslutninger på grunnlag av slike mistanker vanskelige å få gehør for.

*Fysisk mishandling* kunne også vært et trumfkort. Fysisk avstraffelse er ulovlig i Norge, og er ikke en veldig vanlig måte å disiplinere barn på. Imidlertid kan fysisk mishandling, slik den beskrives i norske barnevernssaker, lett få et episodisk preg, slik at den framstår som en serie enkelthendelser i spesielle situasjoner. Dette gjør det vanskeligere å dokumentere at mishandlingen har skjedd over tid, noe som igjen var en av forutsetningene for at rusmisbruk kunne få status som trumfkort. Unntaket her er alvorlige, kanskje livstruende hendelser som fører til sykehusinnleggelse, og som vanligvis skjer med helt små barn.

Et *skadelig eller dysfunksjonelt samspill* mellom foreldre og barn ble beskrevet i nesten samtlige puslespillsaker. Likevel er det lite trolig at slike beskrivelser kan bli et trumfkort. Konflikter forekommer i de fleste familier, og mange måter å oppdra barn på kan være uheldige eller ubehagelige i en gitt situasjon. Her vil det være vanskelig å skille det normativt gale fra uheldige utspill. Dermed blir dette sakskjennetegnet for uspesifikt til å kunne brukes som trumfkort.

Det siste området som ble trukket inn i puslespillsakene, var dårlig økonomistyring. Dette kan heller ikke få status som trumfkort, ettersom vår lovgivning tilsier at dårlig økonomi alene ikke kan legitimere omsorgsovertakelse. Derfor måtte også familiens økonomiske utføre tilskrives mors manglende evne til å styre og prioritere økonomien over tid, på tross av barnevernstjenestens gjentatte forsøk på å gi hjelp og veiledning. Det måtte med andre ord foretas en kobling mellom dårlig økonomi og negative personlighetsegenskaper, og dårlig økonomistyring kunne ikke i seg selv få status som trumfkort.

Konklusjonen er derfor at puslespillene ble konstruert ved hjelp av slutninger som kombinerte flere sakskjennetegn, når ingen av kjennetegnene tilfredsstilte de kravene som stilles til et gyldig trumfkort. Ingen av sakskjennetegnene var tilstrekkelig overbevisende når de ble sett hver for seg, og det måtte konstrueres en helhet som til sammen var mer enn «summen av delene».

Hva er så best, trumfkort eller puslespill? Hvis det er behov for å skape en *felles forståelse* med andre om hvordan et barns omsorgssituasjon skal forstås, kan rettferdiggjøring som bygger på flere sakskjennetegn virke mer *grundig*. Slutningene som trekkes kan virke mer *nyanserte*, hvilket igjen styrker saksbehandlerens *posisjon som upartisk og nøytral*.

Som tidligere nevnt er dette også en måte å resonnerer på som *passer for klinikere*. Samlet virker denne måten *tryggere*.

Imidlertid er det *enklere* å bruke et gyldig trumfkort. Dessuten er det et *etisk aspekt* ved dette: Foreldrene trenger ikke lese så mange negative beskrivelser av seg selv på grunn av den indirekte og implisitte måten argumentene fremmes på. Samtidig er det *mer risikabelt* å velge denne formen, i tilfelle den viser seg å ikke være et trumfkort likevel. Da faller hele argumentasjonen sammen. Et eksempel på dette er den velkjente Svanhild Jensen-saken. Slik den ble framstilt i pressen, forsøkte barnevernstjenesten egentlig å bruke resultatet av en intelligenstest som trumfkort. Den offentlige debatten som fulgte, viste med all ønskelig tydelighet at dette *ikke* er gyldig. Ettersom det altså kan følge en viss risiko med å satse alt på ett kort, er det tryggere å bygge opp et puslespill.

## Er det mulig å fortelle alternative historier?

Det jeg har vist dere nå, er to måter å fortelle historier om alvorlig omsorgssvikt på når hensikten er å få gjennomslag for et forslag om omsorgsovertakelse. Begge typene historier handler om utrygg, ustabil og uforutsigbar omsorg for små barn, som er lovens premisser. Begge måtene hadde det felles at de fokuserte på argumentene *for* omsorgsovertakelse, mens det var lite rom for tvil og motargumenter på dette stadiet i prosessen. Begge måtene å fortelle historier på var også formålsrasjonelle, i den forstand at forslaget om omsorgsovertakelse ble vedtatt i 14 av 16 saker, uavhengig av om foreldrene samtykket eller ikke.

Som vi har sett, fortelles samtidig historiene på ganske ulike måter, selv om informasjonsgrunnlaget ikke nødvendigvis var så forskjellig. Likevel var det mulig å bygge opp to forskjellige resonnementer og argumentasjonsmåter. Dette viser at argumentasjonsformen kan være resultatet av bevisste

valg, igjen knyttet til hva slags informasjon som finnes eller innhentes om en sak. Til slutt er det derfor viktig å spørre seg om hva disse historiene *ikke* tok med, og om det er mulig å argumentere på andre måter. For å svare på dette spørsmålet, er det nødvendig å se litt nærmere på barnevernstjenestens institusjonelle oppgaver.

Som Tine Egelund (2003) påpeker, viser vanligvis empiriske studier av barnevernstjenestens virksomhet at det sjelden arbeides ut fra et klart og spesifikt teoretisk og metodisk grunnlag. Det er følgelig ikke teoretiske forestillinger om problemenes karakter som styrer verken forvaltningens klientkonstruksjoner, eller transformasjonen av klientenes mangeartede virkeligheter til noen stereotypier som igjen gir grunnlag for ytelser eller tiltak. Grunnlaget er snarere lovens bestemmelser. Klientkonstruksjoner legitimeres derfor politisk og ikke profesjonelt. Disse klientkonstruksjonene har to formål: De skal trekke grensen mellom normalitet og avvik, og de skal legitimere bruken av det eksisterende tiltaksrepertoiret. Derigjennom skapes foreldrenes avvik, eller «de farlige foreldrene», og barna blir ofre for foreldrenes avvikende omsorgspraksis.

Med andre ord vil institusjonelle forventninger til tenkning og formidling prege argumentasjonen, og legge premissene for de historiene som fortelles. Hvis historien om småbarnsfamilier i barnevernet skal dreie seg om foreldrenes avvik, er det dette som må diskuteres for at redegjørelsene skal få legitimitet. Når hensikten med en redegjørelse er å rettfærdiggjøre omsorgsovertakelse, må det begrunnes at avviket er til stede og tilstrekkelig alvorlig. Trumfkortet og puslespillet kan her ses som to effektive måter å konstruere «farlige foreldre» på.

Men er det nødvendig for barnevernstjenesten å la seg styre av de institusjonelle forventningene til måten den faglige argumentasjonen konstrueres på? Det første spørsmålet er da om det er mulig å gi rom for tvil og motargumenter også når barnevernstjenesten har kommet fram til at et forslag om omsorgsovertakelse er riktig og nødvendig.

Som vi vet, er denne beslutningen vanskelig å ta. Den går på tvers av føringene i loven om å satse på hjelpetiltak, føringer som er blitt enda sterkere den siste tiden i kjølvannet av Befringutvalgets innstilling fra 2000 og Stortingsmeldinga om barnevernet fra 2002. Og som dagens jublant har påpekt gang etter gang, er beslutningen dessuten følelsesmessig vanskelig å ta. Dette tilsier at barnevernstjenesten vil ønske å framstå som så sikker som mulig når et forslag om omsorgsovertakelse fremmes, for å virke overbevisende på en tilhørerskare så vel som å kompensere for egen usikkerhet.

Kanskje er så beslutningstakerne like preget av hvor vanskelig beslutningen er. Organiseringen av fylkesnemndsbehandlingen rundt det kontradiktoriske prinsippet kan dessuten styrke et opplevd press i retning av å framstå som sikker, ettersom den private parten har ansvaret for å komme med motargumentene.

Samtidig snakker vi her om beslutninger som også er substansielt vanskelige å ta, som både saksbehandlere og beslutningstakere trenger å «tvile seg fram» til. Følgelig bør tvilen og måten den er håndtert på få en legitim plass i argumentasjonen, og bidra til å styrke heller enn å svekke resonnementenes overbevisningskraft – enten man velger trumfkortet eller puslespillet.

Det andre spørsmålet er om fagkunnskap, definert som tilførsel av systematisk viten om de fenomenene barnevernstjenesten arbeider med, kan få en annen form for legitimitet i barnevernstjenestens argumentasjon om for dårlig eller likevel tilstrekkelig omsorg. Tine Egelunds resonnement tilsier at denne kunnskapen vil underordnes den politiske hensikten med barnevernstjenestens virksomhet. I de sakene jeg analyserte, skjedde nettopp at fagkunnskap ble brukt til å styrke argumentene for omsorgsovertakelse. Motsatsen er at fagkunnskap bør brukes til å resonnerer og argumentere om omsorg i en barnevernkontekst, og at omsorg og omsorgssvikt må ses i et dialektisk forhold til hverandre, som noe mer enn normalitet eller avvik.

Med Tine Egelunds perspektiv kan det tenkes at dagens vekt på evaluering, systematisering og evidensbasert praksis, som jeg personlig synes er helt nødvendig, også kan bli utilstrekkelig på grunn av konteksten kunnskapsutviklingen settes inn i. Dette skjer hvis fagkunnskap og fagutvikling *bare* brukes til å profesjonalisere ytterligere de politiske definerte klientkonstruksjonene jeg nettopp nevnte. Da fratrar vi også oss selv mulighetene for å bruke fagkunnskap til å utvide og utvikle perspektivene på de barna og familiene som er barnevernstjenestens klienter, og risikerer at fagutvikling primært bidrar til å styrke den skråsikkerheten som jeg nettopp har argumentert mot. Dette gjelder også om barnevernstjenesten skal satse mer på hjelpetiltak nå enn før.



## Referanser

Backe-Hansen, E. (2001). *Rettferdiggjøring av omsorgsovertakelse. En beslutnings-teoretisk analyse av barnevernstjenestens argumentasjon i en serie typiske saker om små barn*. Oslo: NOVA, rapport 2/01.

Backe-Hansen, E. (2004). *God nok omsorg. Riktige beslutninger i barnevernet*. Oslo: Kommuneforlaget.

Egelund, T. (2003). «Farlige foreldre»: Den institutionelle konstruktion af dem, der afviger fra os. I M. Järvinen & N. Mik-Meyer (red.), *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. København: Hans Reitzels forlag, (ss. 59–81).

Mooney, N. & Gulichsen, L. (2000). Når irrasjonelle prosesser truer barns retts-sikkerhet. *Lov og Rett, 1*, 46-55.

Voll, I. (1995). *Avgjørelse, angst og ansvar – barnevernarbeideres vurdering av omsorgsovertakelse*. Bergen: Barnevernets kompetansesenter på Vestlandet, rapport 1995 nr. 3.

# Samarbeid på tvers til sårbare barns beste

---

*Erik Larsen*

At voksne kan samarbeide til barns beste gir barna trygghet og overskudd til å arbeide med sin utvikling og sosialisering. Når et slikt samarbeid uteblir, enten det er snakk om et samarbeid foreldrene imellom, mellom foreldrene og for eksempel skolen eller barnevernet eller det mellom fagfolk, så bidrar et slikt manglende samarbeid til barnas sårbarhet. Barn merker når voksne samarbeider godt nok, og som sagt, er en slik opplevelse en forutsetning for en mer overgripende opplevelse av trygghet og ivaretagelse. Samarbeid på tvers fagfolkene imellom blir således viktig, og ofte avgjørende, enten det dreier seg om tverrfaglig, tverretatlig eller interkommunalt samarbeid. Det legitimeres av at det er en særlig oppgave som skal løses. For at denne oppgaven skal kunne løses kreves en særlig konstruksjon eller organisering, og det blir et spørsmål om hvilke (faglige) roller som er nødvendige for at oppgavene kan løses godt nok. Denne fremstillingen vil drøfte forholdet mellom oppgaven, organiseringen og rollene i samarbeidet rundt sårbare og utsatte barn og unge. Med sårbare og utsatte barn menes her barn som har vært utsatt for omsorgssvikt og vanskjøtsel, samt barn som har vært utsatt for ulike typer av overgrep, fysiske som psykologiske. Det er skapt og utviklet ulike typer av organisasjoner og metoder for å bistå disse barn og deres familier. Det kan for eksempel være snakk om barneavdelinger, tverretatlige eller tverrfaglige samarbeidsgrupper osv. Disse konstruksjonene eller organisasjonene kan være uttrykk for ulike oppgaver i arbeidet med barn og unge, men oppgavene kan også være helt eller delvis sammenfallende.

## En felles oppgaveforståelse er en nødvendighet

Uansett hvordan man organiserer for å hjelpe sårbare barn og unge, vil organisasjonens eller gruppens legitimitet ligge i at den løser den oppgaven den er pålagt å løse eller har tatt på seg. Alle som arbeider med sårbare og utsatte barn og unge er underlagt en politisk primæroppgave. Denne oppgaven består i å gi et tilbud om hjelp og støtte til sårbare barn og deres foreldre og familier på vegne av samfunnet. Men å løse den politiske oppgaven er ikke ensbetydende med at den faglige oppgaven er løst. Den

politiske oppgaven er løst når tilbudet er gitt; den faglige oppgaven er løst når tilbudet har vist seg nyttig eller hjelpsomt.

Den politiske oppgaven må transformeres eller omskapes til en faglig og en oftest tverrfaglig primæroppgave. Intervensjoner blir basert på en teoretisk forståelse basert på empiriske erfaringer, praktiske som forskningsmessige.

Samarbeid på tvers betinger en felles oppgaveforståelse, som overskrider det enkelte fags eller den enkelte etats egen oppgaveforståelse. I samarbeid på tvers blir det derfor nødvendig å avklare og formulere oppgaven og oppgaveforståelsen innledningsvis. Eksemplet nedenfor kan illustrere dette.

I en kommune hadde politikerne besluttet at det skulle oppnevnes et utvalg som skulle skape en ny plan for hvordan tilbudet til kommunens utsatte barn og familier kunne forbedres. Utvalget besto av skolehelse-søster, lederen for barnevernstjenesten, en representant fra kulturetaten og en representant for oppvekstetaten.

Oppdraget ble sett på som meningsfullt av alle gruppens medlemmer, og de nødvendige ressursene i form av tid og penger var avsatt, men likevel lot ikke oppgaven seg løse. Fra å ha vært betraktet som en positiv utfordring, ble arbeidet i gruppen mer og mer sett på som en nødvendig belastning (Larsen, 1997). Gruppeklimaet ble mer og mer «spent», og den forsto at den måtte hente hjelp utenfra.

Den eksterne konsulentens observasjoner og analyse tydeliggjorde at alle hadde en forestilling om at de selv hadde oppgaven klart for seg, men at de andre ikke hadde det. Analysen viste også at alle faggruppene og etatene var av den oppfatningen at de representerte et helhetssyn. Den ureflekterte forestillingen var at de andre fagene og etatene skulle arbeide med egen etats oppgave og oppgaveforståelse.

På bakgrunn av de enkelte etaters formulerte primæroppgave kunne det skapes en overordnet primæroppgave for gruppen, som integrerte alle de andre. Denne oppgaven kunne aksepteres av alle, og gruppens krefter og engasjement ble frigjort i forhold til den nye overordnede oppgaven.

Eksempelet viser hvor viktig det er å arbeide med oppgaveforståelsen innledningsvis i et samarbeid på tvers. Det må utvikles en felles oppgaveforståelse, som bibringer noe nytt, og som overskrider det enkelte fags, eller den enkelte etats «lokale» oppgaveforståelse.

Den oppgaveforståelsen som ble lagt til grunn i eksemplet overfor var:

Å skape nye muligheter for at kommunens mest utsatte og sårbare barn kan gis bedre muligheter til å arbeide med sin selvstendighetsutvikling og sosiale kompetanse.

Denne oppgaveformuleringen gjorde alle etatene nyttige og nødvendige, og alle deltakerne hadde en opplevelse av at de hadde viktige og nyttige kunnskaper og erfaringer å bidra med i forhold til oppgaven. Gruppen skapte en «merviten» som ingen etat eller intet fag kunne skape alene (Larsen, 1994). Prestisjetap ble snudd til kompetansegevinst (Larsen, 1995).

For at gruppen skal kunne løse oppgaven må den fungere som en arbeidsgruppe. Bion (1993) har presentert noen kjennetegn på en arbeidsgruppe. Med arbeidsgruppe forstås her en tverrgruppe som arbeider med en felles oppgave som gir gruppen dens legitimitet. En slik gruppe kan blant annet kjennetegnes ved følgende:

- Den er opptatt av oppgaven, og kan om nødvendig redefinere den.
- Gruppens arbeid og arbeidsmetode er vitenskapelige – i det minste i en generell betydning.
- Gruppens medlemmer møtes og handler i overensstemmelse med oppgaven, og ut fra et felles ønske om å få den utført.
- Gruppen preges av samarbeidsånd, og ingen frykter å miste sin egen identitet.
- Oppgaven går foran den enkeltes følelser og private tilfredsstillelse.
- Tanker og ideer leder til handlinger.

Når disse forholdene kjennetegner gruppen, arbeider den med den oppgaven som gir og sikrer dens legitimitet. Imidlertid vil det som sagt ikke alltid være slik at gruppen arbeider på den oppgaven den er satt til å løse, og som gir den legitimitet. Irrasjonelle og ikke erkjente krefter i gruppen kan føre til at den arbeider på «falske» og ubevisste oppgaver. Bion opererer med tre ulike typer grupper av denne art. Presentasjonen her vil begrense seg til noen av kjennetegnene på slike grupper.

1. De enkelte gruppemedlemmenes angst for å bli oppslukt eller tillintetgjort. Målet blir å sikre gruppens overlevelse.
2. Gruppen uttrykker at den ikke har behov for kompetanse. Fakta og krav blir primitive.
  - Det eksisterer en myte om likhet i gruppen til forskjell fra en faglig forankret likeverdighet og jevnbyrdighet.
  - Ethvert forsøk på arbeide med oppgaven «stemmes ned».
  - Nye situasjoner unngås og kjente prosedyrer og innsatser anbefales (Larsen, 1997).

Når den «samarbeidende» gruppen slutter å samarbeide om oppgaven, kan dette være fordi oppgaven blir for uklar og utydelig, eller den oppleves som så kompleks og vanskelig at det utfordrer gruppens forestilling om egen manglende kompetanse. I stedet for å søke nye utfordringer og muligheter tyr den til for eksempel kjente og vante strukturer for å få oppgaven løst. Men gamle og kjente strukturer kan sjelden løse nye utfordringer og oppgaver. Ved å vende tilbake til noe som er kjent og stagnerende, der det trengs å skapes noe annerledes og nytt, kan gruppen ikke løse oppgaven og den mister sin legitimitet (Bastøe, Dahl & Larsen, 2002). Samarbeidsgrupper på tvers representerer nye utfordringer og nye muligheter. Hvis så ikke var tilfelle, var det ingen grunn til å skape slike grupper. Da kunne man bygge arbeidet på allerede eksisterende strukturer og organisering. Samarbeid på tvers representerer alltid en mulighet til å tenke annerledes og nytt.

## **Organisering – en nødvendig forutsetning for å få oppgaven løst**

Killéns (1991) formulering: «Omsorgssvikt er alles ansvar» krever organisering, om ansvaret ikke skal bli pulverisert og individualisert. «Alles ansvar» inviterer til samarbeid for å få oppgaven løst. Dette samarbeidet vil være forankret i de ulike fags og etaters muligheter og begrensninger. Hvis begrensningene ikke erkjennes, øker sjansen for at de ulike fagene eller etatene mener at de selv sitter på helhetssynet og løsningene. De andre skal bare forstå og forholde seg til dette. Slikt blir det selvsagt ikke samarbeid av. Samarbeidet må være forankret i nysgjerrighet og generøsitet. Gjennom nysgjerrighet og å gi og få, skapes ny kunnskap og ny viten (merviten), som skal lede til en forbedret oppgaveløsning. I tillegg til faglig spisskompetanse krever samarbeid på tvers til barns beste også sosial kompetanse. Samarbeid er noe som kan og må læres.

Når man skal organisere for samarbeid er det nødvendig å avklare hva man skal samarbeide om, men det kan også være nyttig å avklare hva man legger i samarbeid, og hvilke forventninger man har til det. Hvis forståelsen av hva samarbeidet er tuftet på er uklar, kan det lett oppstå en forestilling om at de andre skal samarbeide med meg fremfor at vi skal samarbeide med hverandre. En definisjon av samarbeid som setter fokus på det felles og gjensidige kan for eksempel være: Samarbeid er å invitere andre til å påvirke hvordan vi best mulig kan bruke våre ressurser i forhold til løsning av oppgaven.

En slik definisjon av samarbeidet overskrider forestillingen om at det er mitt fags eller min etats ressurser. Det er oppgavens ressurser, og til syvende og sist det sårbare barnets ressurser. En slik forståelse av samarbeid er som regel nødvendig, om samarbeidet på tvers skal lykkes.

Synet på samarbeid blir avgjørende. Thusgård (1998) forstår samarbeid på tvers, for eksempel en tverrfaglig samarbeidsgruppe, som «et kommunikasjons- og dialogforum, hvor man søker at skabe en historie og en fælles forståelse af barnets situation og ressourcer for at handle på baggrund af dette».

Selve organiseringen kan i seg selv representere risiko- og resiliensfaktorer. Thunbergs (2002) studier synliggjør hvordan organisering muliggjør terapeutisk arbeid. I arbeidet med pasienter med ikke-maligne kroniske smerter ble behandlere som måtte arbeide alene, innenfor tradisjonelle rammer, kjennetegnet ved sammenbrudd i den profesjonelle rollen. Dette sammenbruddet ble ledsaget av følelsesmessig tretthet, en følelse av å mislykkes, en manglende opplevelse av kontroll og manglende sosial støtte. I en organisasjon der de ulike faggrupper ble samlet under en primær oppgave opplevde medarbeiderne en integrert helhet og høy grad av sammenheng. Men for at dette skulle bli mulig, var det nødvendig å utvikle «en interdisiplinær rolle», som var overordnet de mer spesifikke og tradisjonelle profesjonsrollene. Uttalte forventninger til denne mer overordnede rollen var nettopp en vilje til nysgjerrighet og til å dele.

Selv om Thunbergs studier er gjort på fagfolk som arbeider med voksne pasienter, er det ingen grunn til å anta at dette vil være annerledes i arbeidet med sårbare og marginaliserte barn og unge. Å bli sittende alene med vanskelige barnevernssaker som barnevernskurator i en kommune, kan også lett lede til sammenbrudd i den profesjonelle rollen. Her kan interkommunalt samarbeid vise seg å bli en betydelig ressurs. Men dette betyr selvsagt at man må være villig til å samarbeide over kommunegrensene, noe det ikke er særlig tradisjon for.

Hvis organiseringen blir en risikofaktor for fagfolkene, vil den selvsagt også bli det for sårbare og utsatte barn og unge. Voksne de begynte å få tillit til blir syke eller slutter. Nye kommer og blir syke eller slutter. Barnet opplever ikke at relasjonene er stabile, kontinuerlige og troverdige. Virkelighetsbildet (relasjonsforståelsen) blir enda mer fragmentert og enda mindre helhetlig. I blant kan slike organisatoriske mangler leses i rapporten som: «Barnet eller familien er behandlingsresistent.»

Risiko- og resiliensfaktorer er ofte forklart ved individuelle eller familiære forhold. Men i tillegg til slike faktorer er det all grunn til å søke

etter risiko- og resiliensfaktorer (se også Jørgensens kpt.) også i organisasjonen (Larsen, 2004).

De mål som organisasjonen skal nå, avledes fra hovedoppgaven. De mer overordnede og langsiktige så vel som de mer kortsiktige, kan bare nås om man arbeider på den oppgaven som leder til måloppnåelse.

Målsetningene med det tverrfaglige arbeidet for å sikre sårbare barn og deres foreldre best mulig hjelp beskrives av Killén (1991, s. 338) slik:

1. Å samle deltakernes observasjoner og informasjoner.
2. Å foreta en helhetsvurdering av familiens psykososiale situasjon og barnets omsorgssituasjon.
3. Å vurdere om barnets omsorgssituasjon er «god nok», om den kan bli «god nok» med investeringer fra samfunnets side, eller om andre bør ha omsorgen for barnet.
4. Å utarbeide en handlings- og behandlingsplan på kortere og lengre sikt.
5. Å foreta en ansvarsfordeling, hvor den enkeltes rolle og ansvar i forhold til familien og hverandre avklares.
6. Å utveksle løpende informasjon om gjennomføringen av tiltak og behandling.
7. Å justere planene, der dette viser seg å være nødvendig.
8. Å avklare og løse de uunngåelige problemene de forskjellige samarbeidspartnere støter på, både i behandlingen og i samarbeid med hverandre.

Samtidig som gruppen arbeider med hovedoppgaven, må den arbeide med de krefter som skapes i gruppen i møte med den primære oppgaven og de sårbare barna og deres foreldre. Et sentralt spørsmål blir hvilke krefter i gruppen som leder til oppgaveløsning (pro-oppgavekrefter) og hvilke krefter i gruppen som motvirker oppgaveløsningen (anti-oppgavekrefter). Tilbakevendende makt- og statusdiskusjoner kan for eksempel være uttrykk for anti-oppgavekrefter. Gruppen må arbeide med sin dynamikk, samtidig som den arbeider med hovedoppgaven.

## **Tverrgruppen og dens sosialpsykologi**

Sårbar barn, som har vært utsatt for omsorgsvikt, vanskjøtsel og overgrep kommer ofte fra familier med uklare strukturer og grenser. Disse familiene

kan være kjennetegnet ved at generasjonsgrensene er utydelige eller «snudd på hodet». Øvrige grenser i familien kan variere fra dag til dag. Det som er tillatt den ene dagen er strengt forbudt den neste. Grenser er sjelden tydelige og tilbakevendende.

Det relasjonelle innholdet i slike familier er ofte preget av et negativt innhold og negative speilinger, for eksempel «du er bare håpløs», «kan du aldri gjøre noe ordentlig?» osv.

Dynamikken i familien, og dynamikken mellom voksne og barn kan via projeksjoner «slå inn» for eksempel som «parallellprosesser» i den tverretatlige gruppen. Enkelte medlemmer i gruppen kan for eksempel bli idealisert, fordi de bærer familiens og barnets håp om at «noe skal bli bedre». Andre i gruppen kan bli «demonforklart» fordi disse må bære barnets og familiens opplevelser av tilkortkommenhet og nederlag. Gruppen må forstå, og arbeide med, slike projeksjoner om den skal kunne løse oppgaven og fungere som en arbeidsgruppe i Bions forstand.

«Å sette barn til verden, er å gjøre seg selv meget utsatt» (Skårderud, 2004, s. 89). Det å arbeide med utsatte barn er også å gjøre seg selv meget utsatt. Man må kanskje kunne romme nedvurderinger og udugelighetserklæringer, eller man må kunne romme det å være den eneste i verden som forstår eller som er medmenneskelig.

Fra et dynamisk sosialpsykologisk perspektiv blir det viktig at arbeidsgruppen ikke tar foreldrenes kaos og frustrasjon på seg og gjør dette til sitt. Gruppens medlemmer må kunne romme de dynamiske rollene som legges på dem, i form av for eksempel de gode og de onde, uten å agere i disse dynamiske rollene. De ulike fagfolkene i gruppen «må holde fast i» oppgaven og deres forskjellige roller – formelle faglige og «interdisiplinære»/tverrfaglige roller, samtidig som de prosjektiske dynamiske rollene kan rommes. En slik dynamikk utfordrer evne og vilje til samarbeid.

Intragruppeprosessene i familien må ikke «slå inn» som intragruppeprosesser i den flerfaglige eller tverretatlige gruppen. Intragruppeprosessen i den faglige gruppen på tvers skal styres av oppgaven. Et viktig spørsmål når gruppen utsettes for sterke projeksjoner blir: Arbeider vi nå med og i overensstemmelse med hovedoppgaven? Men et slikt spørsmål gir liten mening, dersom oppgaven ikke er formulert, eller er uklart formulert ved starten av samarbeidet.

Det er oppgaven og arbeidet med denne som gir samarbeidet legitimitet. Enten det handler om prosesser i grupper (intragruppeprosesser, eller prosesser mellom grupper (intergruppeprosesser), så er det oppgaven som bestemmer. «Task is Master» (Rice, 1965).



Forstått i et systemorientert perspektiv blir det viktig at tverrgruppen kan representere grensen til familien, samtidig som den arbeider med den. Hvis gruppens medlemmer arbeider med hovedoppgaven i sine roller, så må foreldrene og familien arbeide med sin. Når arbeidet med oppgaven fra foreldrenes side blir kompleks, smertefull eller angstskapende, forsøker de ofte å få fagfolkene «vekk fra» oppgaven og «ut av» rollene. De kan, som sagt, «invitere til» den dynamiske rollen som «venn», eller de kan tillegge enkelte medlemmer i gruppen «sataniske» egenskaper, og gjennom dette «slippe unna» oppgaven. Igjen blir det viktig at gruppens medlemmer er opptatt av, og er forberedt på, å arbeide med gruppedynamiske prosesser. Konflikter i samarbeidende grupper på tvers har ofte sin forankring i en mangelfull forståelse av gruppens dynamiske og sosialpsykologiske prosesser. Gruppens medlemmer blir projeksjonene.

I tverrgruppens (sam)arbeid med foreldrene må foreldrene tilskrives en samarbeidsrolle, ikke en klientrolle, med mindre det fattes beslutninger om egne terapeutiske tiltak som for eksempel familieterapi. Hovedoppgaven handler om å skape bedre muligheter for barnet. Foreldrearbeidet må ha dette for øye, og arbeidet med foreldrene skal «tjene» hovedoppgaven, skape bedre muligheter for barnet. Foreldrearbeidet har ingen legitimitet i seg selv, kun i forhold til tverrgruppens primære oppgave.

Familiens og foreldrenes primære oppgave er å sikre barnet muligheter til å arbeide med sin selvstendighet og sosiale kompetanse ut fra sitt utviklingsnivå (Larsen, 2001). Utvikling kan aldri forseres, bare stimuleres. Det er først når familien og foreldrene ikke løser denne oppgaven godt nok at de offentlige i form av barnevernet kan gripe inn. Hvis foreldrene og familien ikke kan løse oppgaven godt nok, må barnevernet eller psykisk helsevern for barn og unge sikre eller skape denne mulighet. Det er med dette for øye tverrgruppen skal samarbeide til barns beste. Jo bedre de voksne rundt barnet kan samarbeide, jo større sjanse har barnet for en positiv utvikling i form av en avbalansert holdning til deres avhengighet av andre, samt rimelig selvstendighet og sosial kompetanse, forstått som evne til empati og gjensidighet.

Sårbare og utsatte barn og unge kommer ofte, som nevnt fra familier med utydelige grenser. De har ikke i tilstrekkelig grad fått oppleve relasjoner som er kontinuerlige, stabile og troverdige. En konsekvens av dette er at mange ikke har fått muligheter til å utvikle en tilstrekkelig objektkonstans. Dette fører til at de møter omgivelsene med relasjons- og samspillsforstyrrelser, enten i form av utagering og fiendtlighet, eller i form av tilbaketrekning

og isolasjon. Deres «utviklingsarbeid» er ofte fragmentert og forstyrret, og de kan for eksempel oppleve (tolke) en vennlig tilnærming som invadering.

Dynamiske krefter i barnet, og barnets relasjons- og samspillforstyrrelse kan «slå inn» som relasjons- og samspillsforstyrrelser, med påfølgende konflikter, i tverrgruppen. Det blir ut fra dette viktig at gruppen undersøker hva konflikter og samspillsforstyrrelser i forhold til arbeidet med oppgaven, dynamisk sett kan være uttrykk for.

Sårbare og utsatte barn og unge vil ofte gjennom samspillsforstyrrelser skape angst, forvirring og hjelpeløshet hos jevnaldrende og voksne. De blir ensomme og marginaliserte. Disse barna og unge mangler ofte en sammenhengende og helhetlig forståelse av seg selv og sine omgivelser. De mangler ofte ord for sitt indre, og de «lever ut» sin fragmenterte «virkelighetsforståelse» i form av utagering eller tilbaketrekning. I arbeidet med primæroppgaven blir det viktig at tverrgruppen gir dem en mulighet til å oppleve helhet og en følelse av sammenheng.

## Sårbarhet, sammenheng og salutogenese

Det sentrale begrepet i Antonovskys (1991) salutogene modell er en «følelse av sammenheng». Delkomponenter i modellen er begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. I følge Atonovsky vil det være slik at jo sterkere følelse av sammenheng, jo bedre evne har man til å håndtere problem-situasjon.

«Känslan av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit att de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsigbara och begripliga (begripelighet), de resurser som krävs för att man ska kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga (handterbarhet), och dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang (meningsfullhet)». (Antonovsky, 1991, s. 41.)

Det salutogene perspektivet er viktig for ivaretakelsen av sårbare barn. En studie gjort av Cederblad og Hansen (1997) viser bl.a. at barn som kommer til hjelpeapparatet, for eksempel psykisk helsevern for barn og unge, svært ofte er kjennetegnet ved en opplevet mangel på sammenheng. Dette reflekterer naturlig nok deres familiesituasjon, men det kan også reflektere at de har møtt tilfeldige og lite hjelpsomme innsatser fra hjelpeapparatet.

Men følelsen av sammenheng – begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, er også viktig for samarbeidsgrupper på tvers, enten den er

sykehusavdeling, en tverretatlig, tverrfaglig eller en interkommunal gruppe. Gruppens arbeid med hovedoppgaven må i størst mulig grad være strukturert, forutsigbar og begripelig for alle gruppens medlemmer. Gruppens medlemmer må bringe med seg de nødvendige ressursene, kompetansemessige som økonomiske, inn i gruppen om oppgaven skal kunne løses. Videre må gruppemedlemmene oppleve at utfordringene i arbeidet med sårbare barn er «verd» investeringene og engasjementet. Hvis motivasjonen for å arbeide med oppgaven mangler i tverrgruppen, er det urealistisk å tro at den skal finnes hos foreldrene eller barnet.

Hvis samarbeidsgruppen ikke arbeider med sin egen «følelse av sammenheng», sin begripelighet, øker sjansen for at den gruppen som skal hjelpe selv blir sårbar og utsatt. En slik sårbar og utsatt gruppe kan ty til forenklinger, fordi kompleksiteten blir for overveldende. Den kan komme til å søke enkle, eller forenklete løsninger, i stedet for å la seg utfordre av kompleksiteten. Killén (1991) beskriver dette som «behandlers overlevelsesstrategier», og hun nevner bl.a. bagatellisering og reduksjon av kompleksiteten som uttrykk for slike strategier.

Det sårbare barnets samspillsforstyrrelse er også overlevelsesstrategier, og deres familiers overordnede organisatoriske prinsipp har ofte vært overlevelse. Hvis dette også blir det overordnede organisatoriske prinsipp for samarbeidsgruppen, kan den ikke løse sin primære oppgave. Ut fra hypotesen om parallellitet i prosessen, blir det igjen viktig å sette fokus på interne prosesser i gruppen (intragruppe-prosesser) og nødvendige grenser i forhold til familier.

Et arbeid utført av Thusgård (1998) viser at de som har negative antagelser om tverrfaglig samarbeid ser på kompleksitetsøkningen som et onde. Disse personene ser også på tverrfaglig samarbeid som tap av prestisje.

De som uttrykker positive antagelser om tverrfaglig samarbeid på den andre side, gir uttrykk for nødvendigheten av et slikt samarbeid i en tid hvor ingen har patent på sannheten, en tid kjennetegnet ved kompleksitet. Disse informantene ser på samarbeidet som et gode, og de har ingen opplevelse av prestisjetap. De er mer opptatt av at tverrfaglig samarbeid kan sikre en mer helhetsorientert løsning.

En rimelig forestilling kan være at mens den første antagelse er uttrykk for en manglende følelse av sammenheng, vil den andre være kjennetegnet ved begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Å arbeide med det salutogene perspektivet kan gi samarbeidsgrupper styrke, engasjement og motivasjon.

## Avsluttende betraktninger

En av forutsetningene for en samfunnsmessig integrasjon er en tilstrekkelig grad av personlighetsmessig integrasjon. En slik integrasjon er avhengig av at barnet sikres muligheter til sin utvikling. Der familiene og foreldre ikke kan sikre denne muligheten, må samfunnet utvikle tilbud som muliggjør for det sårbare barnet å kunne arbeide med sin utvikling.

Hvis barnet har levd under utrygge og kaotiske forhold over lengre tid, vil en utviklingsprosess henimot en større grad av personlighetsmessig integrasjon også ta tid. I dette perspektivet kan det være en interesse motsetning mellom hva sårbare og utsatte barn trenger, og hva som er mulig innenfor en mer kortsiktig bedriftsøkonomisk ramme. Samarbeid på tvers koster, også økonomisk, men å spare her kan vise seg å bli kostbart på sikt, både menneskelig og økonomisk.

Innenfor barnevernet anvendes nå termer som «bestiller» og «utfører» i forhold til arbeid med utsatte og sårbare barn og unge. Dette er en økonomisk og fremmedgjørende terminologi, som tar fokus bort fra samarbeidet. En bestiller og en annen utfører. Dette er det motsatte av opplevet helhet og sammenheng basert på *samarbeid*.

I et samarbeidsperspektiv er det en felles hovedoppgave som skal løses, og den løses gjennom at gruppens medlemmer gir og får, og at det utvikles en «interdisiplinær rolle» som er felles for alle gruppens medlemmer. Samarbeid på tvers er videre bare mulig mellom likestilte og jevnbyrdige samarbeidspartnere. Opplevelsen av likestilthet og jevnbyrdighet motvirker makt og statuskamper.

Fra et dynamisk sosialpsykologisk perspektiv er samarbeid bare mulig omkring en positivt definert primæroppgave, der alle er viktige og alle bidrar med sin kompetanse og sine ressurser for å få oppgaven løst. Det utvikles et konstruktivt gruppeklime som «styrer» energien mot oppgavens løsning.

En negativt definert oppgave med fokus på hvem skal «ha eller ikke ha» med barnet å gjøre initierer ofte makt- og statusproblemer. Det oppstår «et Svarte Per-spill», som definitivt ikke er til barn og unges beste (Larsen, 1997). Et slikt «Svarte Per-spill» kan ofte ha sin forankring i forestillinger eller fantasier om å bli sittende med en stor og overveldende utfordring og oppgave alene. Å definere en felles og positiv primæroppgave med fokus på alles bidrag og alles ansvar, kan dempe angsten for ikke å overleve i den profesjonelle rollen.

Barn er sårbare, og utsatte og omsorgsviktede barn er særlig sårbare. Men de er mer enn det. De kan også være konstruktive aktører og

medspillere, når det skapes muligheter for dette. For vanskjøttede og omsorgssviktede barn og for barn som er blitt utsatt for fysiske og psykiske overgrep, er troen på den gjensidige relasjonen blokkert eller forstyrret. En viktig utfordring for samarbeidsgrupper på tvers vil være å skape muligheter for at barnet igjen kan bli nysgjerrig på den gjensidige relasjonen, og etter hvert også begynne å tro på den.

Stern (1997) hevder at barn som opplever «tilfredsstillelse ved at have held med sig som genopliver i forhold til omsorgspersoner», kan preges av dette i forhold til senere valg av personer de kommer til å stå nær, for eksempel en ektefelle.

Å gjenopplive den opprinnelige lysten og evnen til å inngå i og å undersøke gjensidigheten ved relasjon kan bety å forebygge at barn utsettes for overgrep og omsorgssvikt i kommende generasjoner. At barnet igjen blir nysgjerrig på relasjoners gjensidighet, og etter hvert også begynner å tro på denne gjensidigheten, kan bety en tryggere og mindre sårbar barndom for kommende barn. En slik mulighet kan gi mening og engasjement i samarbeidet på tvers til sårbare barns beste.

## Referanser

- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Bastøe, P. Ø., Dahl, K., & Larsen, E. (2002). *Organisasjoner i utvikling og endring. Oppgaveløsning i en ny tid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bion, W. R. (1993). *Erfaringer i grupper*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Cederblad, M., & Hansson, K. (19..). *Forskning om barn och familj. Känslan av sammanhang – studier från et salutogent perspektiv*. Rapport nr. 6. Skriftserie från Institutionen för barn och ungdomspsykiatri. Lunds Universitet.
- Killén, K. (1991). *Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Larsen, E. (1994). Flerfaglig, tverrfaglig og fellesfaglig samarbeid i og med barnevernet. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 71, (1), 4–9.
- Larsen, E. (1995). Tverrfaglig samarbeid: Kompetansegevinst eller prestisjetap? *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 72, (4), 33–38.
- Larsen, E. (1997) Tverrfaglig samarbeid – en nødvendig belastning eller en positiv utfordring? I: B. C. Rappana Olsen og V. Bunkholdt (red.) *Barnevernet – mangfold og mening*. Oslo: Tano Aschehoug, (ss. 244–254).
- Larsen, E. (2001). Barnefamiliens primære oppgave – et viktig tema for fagfelt og forskning? I: M. Sandbæk (red.). *Fra mottaker til aktør*. Oslo: Gyldendal Akademiske, (ss. 211–225).

- Larsen, E. (2004). *Miljøterapi med barn og unge: Organisasjonen som terapeut*. Oslo: Universitetsforlaget
- Rice, A. K. (1965). *Learning for Leadership. Interpersonal and Intergroups Relations*. London: Karnac Books.
- Skårderud, F. (2004). *Andre reiser*. Oslo: Aschehoug.
- Stern, D. N. (1997). *Moderskabskonstellationen*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Thunberg, K. (2002) *Practical pain management. Professional and organizational perspectives*. Doctoral dissertation, Department of psychology, Göteborg University.
- Thusgård, L. (1998). *Sundhed på Tværs – udvikling af koordinatormodellen*. Odense Kommunes Børne- og Ungeforvaltning.



# Forebygging – alles ansvar – en utfordring

---

*Kari Killén*

Kan vi forebygge neste generasjons omsorgssvikt?

Ja, i atskillig større omfang enn vi gjør i dag. Vi har kunnskaper. Vi har muligheter.

Men vi kan ikke forebygge alt. Det vi kan forebygge er først og fremst tidlige smertefulle foreldre-barn-relasjoner, som igjen ofte blir til kognitive, emosjonelle og adferdsforstyrrelser hos det lille barnet, som igjen ofte fører til en ulykkelig barndom, oppvekst og voksent liv. Slik varer barndommen i generasjoner. Dette skjer under samfunnsforhold og endringer, som stadig blir mer krevende og belastende. Få har beskrevet vårt nåværende samfunn i endring og hva det kan koste den enkelte, bedre enn Per Schultz Jørgensen, og jeg er glad for hans bidrag i denne boken.

Hvis vi skal forebygge neste generasjons omsorgssvikt må vi forebygge tidlige frustrerende relasjoner mellom foreldre og barn samt ulykkelige barndoms- og ungdomsår.

Det er tilgjengelig atskillig mer kunnskap enn hva som anvendes i praksis i dag. Det gjelder kunnskap om tidlig samspill foreldre-barn og tilknytning og de forhold som påvirker den. Vi må bruke våre kunnskaper til at det legges grunnlag for trygg tilknytning for barna. Det bidrar til motstandskraft.

Alle barn knytter seg til sine foreldre, det må de for å overleve. Men de knytter seg på ulikt vis – mange utvikler trygg tilknytning. Det vil si at barnet har erfart at det kan føle seg trygg på at foreldrene vil beskytte og ta vare på det, være tilgjengelige og trøste når det er behov for det.

Andre utvikler ulike former for utrygg tilknytning og tilknytningsforstyrrelser. De har ikke erfart at de kan føle seg trygge på at foreldrene vil beskytte, trøste og ta vare på dem. De har ikke opplevd at foreldrene er tilgjengelig og sensitive overfor deres behov. De kan ha opplevd invaderende, avvissende og/eller passive og/eller uforutsigbare foreldre. Vi kan observere dette fra svært tidlig – av og til umiddelbart etter fødsel – andre ganger kan disse holdningene komme til syne etter hvert (Killén, Klette & Arnevik, 2005, Lyons-Ruth, 1996, Lyons-Ruth, Alpern & Repacholi, 1993).



Noen barn som opplever skremmende forhold, preget av psykisk og fysisk vold, rus og psykiske lidelser, blir reddet for nettopp de voksne som skulle beskytte dem, og de utvikler tilknytningsforstyrrelser, dvs. ICD-10s, 'reaktiv tilknytningsforstyrrelse' og 'disinhibert tilknytningsforstyrrelse'. At små barn som har alvorlige tilknytningsforstyrrelser, har dårlig prognose, er godt dokumentert (se for eksempel Carlson, 1998). Forholdet mellom disse forstyrrelsene og klassifiseringen av tilknytningsstrategier er ikke endelig avklart ennå.

Det er vist sammenheng mellom tilknytning og den sensitivitet og forutsigbarhet som barnet opplever det første året, og at trygg tilknytning gir barnet et godt grunnlag for videre utvikling (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978, Isabella, 1993). De er ikke garantert et godt liv, men de har fått styrke til å handskes med livet. Barn i ulike omsorgssviktsituasjoner viser seg å ha ekstremt utrygge tilknytninger – et stort antall utvikler tilknytningsforstyrrelser tidlig.

Vi er ved å avslutte en undersøkelse om tidlig samspill, tilknytning og barnets funksjon i førskolealderen hvor vi følger 293 mor-barn-dyader fra 3 måneder til 4 ½ år – og undersøker mor-barn-samspill to ganger i spedbarnstiden (3–4 måneder og 6–7 måneder) og tilknytning ved 1 år, 2 år og 4 år – og barnet blir observert i barnehagen 4 ½ år gammelt.

Vi har observert samspillsprosessene mens tilknytningsmønstrene har utviklet seg. Det har vært mulig å se hvorledes trygge og utrygge tilknytningsmønstre blir til.

Vi har sett mange 3 måneder gamle spedbarn, som byr mor opp til dans og som lykkes – mor er engasjert og opptatt av å bli kjent med barnet sitt, mor og barn er følelsesmessig nær hverandre – de har en gledesfylt relasjon. Mor er i stand til å tolke signaler, trøste og berolige når det er nødvendig.

Vi har også sett hvordan en 3 måneder gammel baby byr mor opp til dans slik bare en 3 måneder gammel kan gjøre det, men uten at mor responderer. Mor er alvorlig deprimert og er ikke tilgjengelig – hun responderer ikke. Omverdenen ser ikke mors depresjon. Men det gjør barnet. Sosialt fungerer mor godt. Kanskje er hun ikke en gang klar over at hun er deprimert. 3–4 måneder senere er barnet blitt utilgjengelig.

Vi har blant mange sett for eksempel et 7 måneder gammelt spedbarn som forsøker å utforske en leke, men som forstyrres av mor som stadig kommer med de lekene hun vil at barnet skal leke med og invaderer barnet med sine kyss og klapp så barnet higer etter pusten. Når barnet ett minutt senere ruller rundt og blir liggende i en ubehagelig stilling og signaliserer at

han trenger henne, er ikke mor tilgjengelig. Hun er i sin egen verden og synes ikke å registrere barnet.

Vi har sett disse barna igjen som 1-åringer, 2-åringer og 4-åringer. At samspill predikerer barns tilknytning og utvikling er det ikke tvil om.

Den 3-elements kvaliteten hos foreldre i samspill med sine barn – sensitivitet, passivitet/utilgjengelighet, kontroll/invadering – som Pat Crittenden introduserte for oss i sin Care Index, har flere av oss arbeidet videre med (Crittenden, 1996, 2000). En god praktiker med opplæring i å observere disse dimensjonene er i stand til å observere hvor tyngden av disse dimensjoner ligger.

Ligger hovedtyngden på sensitivitet, er spedbarnet som oftest samarbeidende. Ligger hovedtyngden på kontroll/invadering, viser barnet frustrasjon. Dette kan føre til at kontrollen og invaderingen blir enda sterkere og barnet kan bli ytterligere frustrert inntil det tilpasser seg foreldrene. De setter lokk på sine egne følelser og behov og blir «snille». Men de kan forflytte sin aggresjon på barna i barnehagen.

Ligger hovedtyngden på det passive/utilgjengelige vil barnet etter en innledende periode med misnøye, bli passivt. Foreldre og barn vil etter hvert fastholde hverandre i passivitet og barnets utvikling går i stå på de fleste områder. Dette er den følelsesmessige vanskjøtselen. Den kan ha pen innpakning eller være til å se og eller lukte. Erickson og Egeland (1996/2002) har dokumentert at følelsesmessig vanskjøtsel er den alvorligste form for omsorgssvikt.

Er omsorgen preget av uforutsigbarhet og invadering det ene øyeblikket og passivitet det andre, må barnet bestrebe seg på å følge med og lære seg hvordan det best kan manøvrere foreldrene for å sikre seg tilgang til dem.

Dette er kunnskap som må ut til praksisfeltet. Den gir godt grunnlag for arbeidshypoteser som igjen gir godt grunnlag for metodeutvikling både når det gjelder universalforebyggende og selektivt forebyggende arbeid. Flere er allerede i gang med å utvikle ulike forebyggende tilnærminger på grunnlag av denne kunnskapen (Erdal, 2000, Killén, 2000, 2001, Brevik 2001). Det gjelder for eksempel ulike gruppetilnærminger for foreldre og barn. Men for å lykkes med dette må både bistandssystemene og ulike yrkesgrupper endre fokus.

Annen forskning som har gjort forebyggende arbeid enda mer påtrengende er hjerneforskning. Nyere hjerneforskning viser hvor avgjørende det tidlige samspillet er for hjernens utvikling. Før trodde vi at barnets hjerne var arvet og at dets utvikling var forut bestemt ved barnets utrustning.

Nå vet vi at den enkelte hjerne er bygget opp av en kompleks blanding av arv og erfaringer. I følge utviklingsneurologisk forskning utvikler og organiserer hjernen seg som en refleksjon av erfaringer. Barndommens traumatiske opplevelser, særlig når det dreier seg om gjentatte og kroniske erfaringer, påvirker utviklingen neurofysiologisk (Glaser, 2000, Perry, 2000).

Hvordan motiverer vi samfunnet, politikerne, systemene og oss selv til å prioritere forebyggelse – til ikke bare å snakke om det, men å gjøre det? Kanskje hjelper det å få mer kunnskap om omfanget av omsorgssvikt og barnets smerte, kanskje hjelper det å få mer kunnskap om konsekvensene.

## Omfang

Omfanget av omsorgssvikt alene burde motivere samfunnet til å prioritere forebyggelse. Men vi har ingen tall som gir oss et realistisk og korrekt bilde av omfanget. Vi vil heller aldri få bedre tall enn vi er i stand til å se og erkjenne omfanget av og kvaliteten av omsorgssvikt.

En større dansk undersøkelse (Madsen, 1996) dokumenterer at åtte til ti prosent av alle familier hvor det fødes barn, trenger støtte p.g.a. psykososiale vanskeligheter. Går vi til de ulike foreldre-barn-relasjonene, hvor barnet er utsatt for psykiske overgrep, følelsesmessig og fysisk vanskjøtsel, fysiske og seksuelle overgrep, er ikke 20 % å ta for hardt i. Når vi tenker på de barn som lever med foreldre med psykiske lidelser, svære personlighetsforstyrrelser, rusproblemer, psykiske og fysiske problemer, samlivsvold og ubearbeidede skilsmisser, hvor kampen rundt barnet pågår år etter år, er 20 % sannsynligvis en undervurdering. For flere er tilstandene belastet med arbeidsløshet, isolasjon, fattigdom og mangel på støttende nettverk.

## Hva med konsekvensene av omsorgssvikt?

Hvis vi fokuserer mer på konsekvensene av omsorgssvikt vil det motivere samfunnet, politikerne, systemene og oss selv til å investere mer systematisk i forebyggelse? Har vi faglige argumenter? Har vi økonomiske argumenter? Ja, det har vi, men vil de blir hørt?

Fra praksis har vi lenge visst at omsorgssvikt kan ha alvorlige konsekvenser for barnets utvikling, for dets kognitive, emosjonelle og sosiale utvikling og dets voksne liv. Dette har praktikerne fra barnevernet, helsestasjoner, barnehager og andre lenge kunnet observere. De vet hva det koster i smerte og penger. Vi har dessuten en rekke undersøkelser som dokumenterer dette. Vi begynner å forstå betydningen av trygg tilknytning for barnets

videre utvikling og de samspillsprosesser som legger grunnlaget for henholdsvis trygg tilknytning, utrygg tilknytning og tilknytningsforstyrrelser (Erickson & Egeland, 1996/2002, Kaplan, Pelkowicz, Salzinger, Werner, Mandel, Lesser & Labruna 1998, Kennedy, 1997, Herrenkohl, Herrenkohl, Rupert, Egolf & Lutz, 1995).

Langtidsvirkninger av omsorgssvikt er nå også godt dokumentert av forskere. En rekke studier dokumenterer signifikant psykopatologi hos voksne som har vært utsatt for ulike former for omsorgssvikt (Coons, Bowman, Pellow & Schneider, 1989, Herman, Perry & van der Kolk 1989; Anderson, Yasenik & Ross, 1993).

Fysiske, seksuelle og følelsesmessige overgrep og vanskjøtsel i løpet av oppveksten har hver for seg blitt knyttet til senere depresjoner, angstforstyrrelser og suicidal atferd (Kluft, 1990). Ulike undersøkelser viser at mellom 34 og 81 % av pasienter med alvorlige psykiske lidelser rapporterer seksuelle eller fysiske overgrep (Greenfield, Strakowski, Tohen, Batson & Kolbrener, 1994; Ross, Andersen & Clark, 1994; Sweft & Halpet 1993; Wurr, 1996). Et stort antall av disse traumatiske opplevelsene får barnet i sitt eget hjem, hos dem som skulle beskytte det.

For seksuelle overgrep er lav selvfølelse, spiseforstyrrelser, seksuelle problemer, dissosiative forstyrrelser, posttraumatiske stressforstyrrelser, rusmiddelproblemer og suicidal atferd dokumentert (Browne & Finkelhor, 1986; Cavaiola & Schiff, 1998; Clark, Lesnik & Hegedus, 1997; Kaplan et al 1998, Kluft, 1990; Briere & Elliot, 1994). De ulike overgrepene er som oftest vevet inn i hverandre og det er ikke overraskende at det også er stor grad av overlapping når det gjelder langtidsvirkninger (Cavaiola & Schiff, 1998; Moeller & Backman, 1993; Mullen, Martin, Anderson, Romans, Herbison & Kolko, 1996). Det er også dokumentert at jo mer alvorlig overgrepet er, desto større er sannsynligheten for psykiske lidelser i voksen alder (Fergusson, Horwood & Lynskey, 1997, Mullen et al., 1996).

De best utforskede og dokumenterte konsekvensene av ulike former for omsorgssvikt er depresjoner og posttraumatiske stressforstyrrelser (PTSD) hos voksne. Bifulco & Moran (1998) fant at vanskjøtsel mer enn doblet hyppigheten av depresjoner i voksen alder.

Johnson, Cohen, Brown, Smailes & Bernstein (1999) fant at de som hadde vært utsatt for overgrep eller vanskjøtsel, hadde fire ganger så stor sjanse til å få diagnosen personlighetsforstyrrelse enn de som ikke hadde vært det. Silk, Lee, Lede & Lohr (1995), og Paris (1997) fant at vedvarende og alvorlige seksuelle overgrep var den faktor som sterkest bidro til den adferd og funksjon som en finner hos personlighetsforstyrrelser. Som

forventet er det de tyngste seksuelle overgrepene som dominerer blant pasienter innlagt i psykiatriske avdelinger (Anderson et al., 1993). Van der Kolk og kollegaer (van der Kolk 1996) fant at mens seksuelle overgrep var det som sterkest predikerte selvdestruktiv atferd, var vanskjøtsel den sterkeste faktor når det gjaldt å ikke gi opp selvdestruktiv atferd på tross av pågående behandling.

Det finnes omfattende dokumentasjon på at barn som er utsatt for samlivsvold i hjemmet så vel som vold i nettverket, er i større risiko for selv å bli overgripere og ofre (Bell, 1997). Undersøkelser av unge lovovertridere viser en oppvekst med omsorgssvikt i opptil 90 % av utvalgene (Fonagy & Target, 1995; Luntz & Widom, 1994).

Rusmiddelbruk kan døyve smerten for noen fra tidlig i tenårene. Prostitusjon eller seksuelle overgrep kan bli en annen destruktiv, men på sett og vis logisk, utvei. De har lært det hjemme eller i sitt nettverk. De har ofte ikke hatt evnen til å konsentrere seg om å lære i skolesituasjonen, slik at de er ufordelaktig stilt i det stadig mer kompetanse- og konkurransepregede samfunnet (Lauritzen & Waal, 2003).

Når konsekvensene av omsorgssvikt i barndommen har vært undersøkt og drøftet, har det først og fremst handlet om psykologiske og sosiale konsekvenser og for kvinner også som oftest konsekvensene av seksuelle overgrep.

Felitti (1991) og Kendall-Tackett (2000) er blant de som har satt konsekvensene for somatisk helse på dagsordenen. Voksne som har vært utsatt for omsorgssvikt i barndommen, er oftere syke, går oftere til lege. De har operative inngrep oftere – i en studie nesten dobbelt så ofte som andre (Kendall-Tackett, Marshall & Ness, 2000). De har økt risiko for å ha et eller flere kroniske smertesyndromer.

Felitti et al. (2001) har undersøkt spesielt de medisinske konsekvensene av psykiske, fysiske og seksuelle overgrep og å ha vært utsatt for foreldres rusproblemer, psykiske lidelser og voldelige samlivssituasjoner samt å ha vært utsatt for foreldres kriminelle handlinger. Han fant at barn som hadde vært utsatt for fire eller flere av disse, hadde økt risiko for en rekke tilstander som, hjertelidelser, kreft, slag, kronisk bronkitt, emfysem, sukkersyke, brudd og hepatitt.

Kendall-Tackett (2002) har utviklet en modell som viser fire utviklingsveier som omsorgssvikt kan influere helsen på: atferdsveien, den sosiale veien, den kognitive veien og følelsesveien.

*Atferdsveien* er den mest utforskede og mest kjente. Det handler om atferd som er direkte skadelig for helsen: rusbruk, spiseforstyrrelser, selvmordsforsøk, høyrisiko seksuell atferd, røyking og søvnevansker.

*Den sosiale veien* handler om begrensede evner til å etablere og vedlikeholde positive gjensidige relasjoner. De som går denne veien lever ofte i undertrykkende relasjoner, relasjoner hvor de er viktimisert og opplever generell misnøye med det forholdet de er i (Fleming, Mullen, Sibthorpe & Bammer, 1999). Mange velger å isolere seg fra andre (Teegen, 1999).

Becker-Lausen og Mallon-Kraft (1997) har observert to typer av relasjonsstiler som preger voksne når det gjelder den sosiale veien, den unnvikende og den invaderende. Den unnvikende stilen er karakterisert ved lite avhengighet, lite selv-eksponering og lite følelsesmessig nærhet og varme. Mennesker med denne stilen har få bånd til andre og få venner. De er lite involvert i sine relasjoner. Den invaderende stilen er på den andre enden av spekteret. Mennesker med denne stilen formidler et sterkt behov for nærhet. De er overdrevent avhengige i sine relasjoner. Denne relasjonsstilen er krevende og kontrollerende. Begge disse formene er dysfunksjonelle. Både psykisk og fysisk helse er truet.

*Den kognitive veien* omfatter oppfatninger og holdninger som preger livet og som kan ha stor innvirkning på helsen. De indre arbeidsmodellene som barna har utviklet gjør at de ser verden som farlig, også i situasjoner hvor den ikke er det. Disse forvrengte oppfatningene kan bidra til stress og øke risikoen for depresjoner og stimulere paranoide forestillinger.

*Den følelsesmessige veien* omfatter depresjoner og post-traumatiske stressforstyrrelser (PTSD). Både depresjoner og PTSD påvirker helsen direkte. Det kan være via denne ruten at somatisk helse påvirkes. Depresjoner reduserer immunforsvaret (Avisar, Neckhamtein, Roitmar & Schriber, 1997).

Som det vil ha gått frem av de undersøkelser jeg har referert, kan omsorgssvikt i barndommen ha vidtrekkende konsekvenser, ikke bare for den voksnes uforståelige og belastende atferd og sosiale liv, men for både fysisk og psykisk helse. Disse ulike veiene er som vi vet fra praksis ofte vevet inn i hverandre.

## Noen klarer seg bedre

Både klinisk erfaring og kvalitative undersøkelser viser oss at barn overlever omsorgssvikt best hvis de får hjelp til å bearbeide sin opplevelse av omsorgssviktsituasjonen mens de befinner seg i den og dessuten utvikler en tryggere tilknytning utenfor familien.

Vi må ta konsekvensen av denne kunnskapen. Prisen vi betaler for ikke å forebygge er for stor både i smerte og i penger. Kunnskaper om barns og foreldres smerte og konsekvensene av omsorgssvikt burde motivere oss til å ta de krafttak som skal til og de er store og mange.

Utviklingspsykologisk forskning har vist oss at barn observerer den voksne verdenen og forsøker å forstå den. Tilknytningsforskning har vist oss at den voksne atferd forstyrrer barna på en måte som skaper følelsesmessig kaos, forvirring og angst – angst for at uforutsigbare ting vil skje igjen.

Barna trenger hjelp med dette mens de er i omsorgssviktsituasjonen. De er ikke syke, men de kan bli det hvis de ikke får hjelp med sine opplevelser. Her har vi bare så vidt begynt å arbeide.

## Hva gjør vi i dag?

I sitt omfattende og viktige doktorarbeid har Karin Lundén vist oss at det er et stykke igjen til at helsesøstre og førskolelærere blir i stand til å identifisere omsorgssvikt (Lundén, 2004). Vi venter til problemene blir bekymringsfulle nok til å bli henvist til BUP, PPT, barnevernet og mødre hjem, eventuelt barneavdelinger. Problemene er som oftest ikke bare blitt større. Relasjonen foreldre-barn er blitt dårligere (Killén, 1996a). Foreldrene har lidd nederlag. De må forsvare seg. Barna må tildekke hvor dårlig de har det. Alle må ta vare på seg selv. Det blir vanskeligere å hjelpe. Barnevernsarbeiderne står overfor stadig større utfordringer og er ved å bli samfunnets syndebukk nr. 1.

## Hva gjør vi i morgen?

Vi står overfor store utfordringer. Det er et spørsmål om prioriteringer og om å ville det. Hvis vi vil det, vil det kreve endringer og investeringer på mange plan.

For det første: Det er nødvendig å se realitetene i øynene – og ta innover oss barnets smerte uten at vi bruker de mekanismer som er dokumentert i andre sammenhenger som overidentifisering med foreldrene og bagatellisering av barnets lidelse samt distansering (Killén, 1981, 1988, 1996b). Det er vårt faglig-etiske ansvar. Det gjelder alle yrkesgrupper som arbeider på dette området.

For det andre må våre ulike utdanninger integrere nye kunnskaper. Disse må ta ansvar for å bidra til at studentene får de relevante kunnskaper. Dette dreier seg om kunnskaper, som må føre til forståelse, holdninger og ferdigheter som gjør det mulig for oss å leve oss inn i både foreldre og barns

situasjon, alliere oss med foreldrenes ressurser og med ydmykhet å bestrebe oss på å øke deres forståelse av barnet.

For det tredje må den enkelte yrkesgruppe endre, forflytte eller utvide sitt fokus. Helsestasjonspersonalet, som møter foreldrene først, må utvide sitt fokus fra det sosial-medisinske til det psyko-sosiale – til samspillet foreldre-barn – og de psyko-sosiale forhold som påvirker dette for eksempel svangerskapsdepresjon og samlivskonflikter. Det gjelder videreutvikling av barselgrupper for mødre og fedre til foreldre og foreldre-barn-grupper. Arbeid med dette fokus er allerede i gang flere steder, men uten et godt nok teoretisk grunnlag og uten at helsestasjonen har tilstrekkelige ressurser å trekke på når det gjelder samarbeid med andre faggrupper (Erdal 2000; Killén 2001; Brevik, 2001).

Førskole- og småskolelærerne må også utvide og endre sitt fokus. Utviklingsforskningen har vist oss at barn som er utsatt for belastende livssituasjoner bestreber seg på å forstå den voksne verdenen. Her har barnehage og skole en viktig funksjon. Barn har for eksempel behov for hjelp med skilsmisssituasjoner, individuelt eller i grupper.

I barnehagene og skolene må det arbeides med å redusere tabuer. De familie- og omsorgssviktsituasjoner det dreier seg om er tabubelagt. De barn som befinner seg i omsorgssviktsituasjoner blir alene med sin smerte. Tabuer forhindrer barn i å bearbeide sine problemer. Disse situasjonene må settes på dagsordenen i barnehagene.

Det må bli like naturlig å formidle og drøfte barns følelsesmessige, kognitive og sosiale behov som det er å drøfte deres fysiske omsorgsbehov. Vi må integrere kunnskapene så godt at vi kan formidle dem konkret og enkelt. Formidlingsfunksjonen blir svært sentral.

For det fjerde gjelder det våre bistandssystemer. De er forankret i historien og ikke i kunnskap. Det er ikke så merkelig, kunnskapen er kommet etter hvert. Systemene må endres – men det vet vi er vanskelig. Det er et spørsmål om politisk vilje – politiske prioriteringer. Det handler også om fagfolkenes vilje.

Helsestasjonene må åpnes opp slik at spesialisthelsetjenesten og andre kommunale tjenester kan bidra. Det gjelder BUP, PPT, barnemedisin og barnevernet. Hvis disse systemene skal kunne spille noen rolle i det forebyggende arbeidet, er det her de skal inn. Vi har manglet et felles teoretisk grunnlag, men nå har vi det.

Det er tankevekkende at det i barnepsykiatrien arbeides i team – og barnevernsarbeideren arbeider alene. For de av oss som har beveget seg mellom barnevern, barnepsykiatri og enda pediatri, så kan vi bekrefte at



barna som kommer til barnevernet ikke lider av mindre kompliserte tilstander enn de som kommer til barnepsykiatrien og pediatrien.

Etablering av familiesentre, som er i gang, kan gi noen gode muligheter for å arbeide med forebygging. De bringer systemene sammen og det bringer fagfolk sammen, og ikke minst bringer det foreldrene, som er ressurser for hverandre, sammen. I Sverige betegnes sentrene som Familjecentraler (Bak & Gunnarson, 2000). Det finnes et 50-tall virksomheter rundt omkring i Sverige, som bygger videre på helsestasjonene som er åpne frivillige tilbud. I Danmark har en for eksempel Familiehuset i Horsens (Nayberg & Holler, 1999) som gir intensiv hjelp i familier hvor det allerede er alvorlig bekymring for omsorgssituasjonen.

Det foreligger en rekke grundige evalueringer av ulike hjemmebesøks- og gruppeprogram (Cox., Pickering, Pound, Mills & Owen, 1990; Olds & Kitzmann, 1993; Thomson, 1995; Gutermann, 1997). Disse viser at effekten av programmene er avhengig av den valgte populasjon, de profesjonelles kompetanse, varigheten av programmene og bredden av spekteret av ingrediensene. Det er behov for en differensiert tilnærming (Cox et al., 1990). Helsesøstre så vel som sosialarbeidere og frivillige har arbeidet i disse prosjektene. I en større undersøkelse har det vist seg at det er bedre resultater der de profesjonelle har utført arbeidet og der arbeidet har vært intensivt og langvarig (Thomson, 1995). Det som karakteriserer disse programmene er en erkjennelse av kompleksiteten av familienes problemer og nødvendigheten av omfattende investeringer som noen tar ansvar for.

Til slutt: Er vi villige til å gå inn i et forpliktende tverretatlig og tverrfaglig samarbeid hvor vi tar ansvar? Eller foretrekker vi roller hvor vi ikke tar ansvar? Vi gjør kanskje det. Men det er nødvendig at vi tar ansvar.

Erik Larsen, som mer enn noen andre, har bidratt til avklaring av utfordringene når det gjelder *samarbeid på tvers til sårbare barns beste* (Larsen, 1994, 1995) har igjen på dette seminaret understreket nødvendigheten av en felles oppgaveforståelse. Det er jeg glad for.

Vi forventer at familiene skal endre seg. Det er nødvendig at vi endrer oss litt – og blir litt mer tverrfaglige og tverretatlige. Dette er kanskje den største utfordringen vi står overfor. Fremfor alt dreier det seg om å kunne utjevne status og akseptere og respektere hverandres kompetanse. Lykkes vi ikke i dette, mister vi troverdighet.

Det er sannsynligvis en rekke former for omsorgssvikt og overgrep vi ikke kan forebygge – den verdenen barna skal inn i er uforutsigbar og komplisert. Men ved å styrke det tidlige foreldre-barn-forholdet, samspillet og tilknytningen, så vel som å sikre dem mulighet for tryggere tilknytning

utenfor familien dersom det er nødvendig, gjør vi en stor jobb. Det gir barnet best mulig grunnlag for å håndteres med problemer senere i livet.

Vi står alle – praktikere, politikere og forskere – overfor en stor og spennende utfordring. Tenke det, ønske det, ville det – men gjøre det? Det krever forståelse og mot – kunnskap og mot gjør det lettere å ta ansvar for det vi må gjøre. Forebygging er alles ansvar.

## Referanser

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of strange situation*. Hillsdale, N. J.: Larence Erlbaum.

Anderson, G., Yasenik, K., & Ross, C. A. (1993). Disorders among women who identify themselves as sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 17, 667–686.

Avisar, S., Neckhamtein, Y., Roitmar, G., & Scriber, G. (1997). Reduced G protein functions and immunoreactive levels in mononuclear leukocytes of patients with depressions. *American Journal of Psychiatry*, 154, 211–217.

Bak, M., & Gunnarsson, L. (2000). *Familjecentralen. Framtidens stød til forældre og barn*. Folkhälsoinstitutet utvärderar, 14/2000.

Becker-Lausen, E., & Mallon-Kraft, S (1997). Pandemic outcomes: the intimacy variable. I G. K. Kanta & J. S. Jasinski (red.). *Out of darkness: current perspectives on family violence* (ss. 49–57). Newbury Park, Ca. Sage.

Bell, C. C. (1997). Community violence: Causes, prevention and intervention. *Journal of the National Medical Association*, 89, 657–662.

Bifulco, A., & Moran, P. M. (1998). *Wednesday's Child: Research into women's experience of neglect and abuse in childhood and adult depression*. London, Routledge.

Brevik, A. (2001). *Evaluering av kompetanseheving og utvikling av forebyggende strategier ved helsestasjonen i Oppegård kommune*. Oppegård kommune.

Briere, J. & Elliot, D.M. (1994). Immediate and long-term impact of child sexual Abuse. *The future of children*, 4: 54–69.

Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of Child Sexual Abuse: A review of Research. *Psychological Bulletin*, 99, 66–77.

Carlson, E. (1998). A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment. *Child Development*, 69, 1970–1979.

Cavaiola, A.A., & Schiff, M. (1988). Behavioral sequela of physical and/or sexual abuse in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 12, 181–188.

- Clark, D. B., Lesnick, L., & Hegedus, A. M. (1997). Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol dependency. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1744–1751.
- Coons, P., Bowman, E., Pellow, T., & Schneider, P. C. (1989). Post-traumatic aspects of the treatment of victims of sexual abuse and incest. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 325–335.
- Cox, A. D., Pickering, C., Pound, A., Mills, M. & Owen A. L. (1990). *The evaluation of home visiting and befriending scheme*, New Pin. Final Report for the Department of Health Research Group, London.
- Crittenden, P. M. (1996, 2000). *CARE Index Manual*, Miami: Family Relations Institute.
- Erdal, B. 2000. *Hvordan kan samarbeid mellom helsestasjon og barnevern sikre barn tidlig hjelp?* Rapport. Bærum; Bærum kommune/avd. barn og unge.
- Erickson, M. F., & Egeland, B. C. (1996). Child neglect. I J. Briere, L. Berliner, J.A., Bulkley, C., Jenny & T. Reid (red.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*. Thousand Oaks: Sage Publications, (ss. 4–20).
- Erickson, M.F. & Egeland, B. C. (2002). Child neglect. I J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny & T. A. Reid (red.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*, 2nd edition. Thousand Oaks: Sage Publications, (ss. 4–20).
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenleug, D., Williamson, D. F, Spitz, A. M., Edwards, V., Ross, M. P., & Marks, J. S. (2001). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. I K. Franey, R., Geffner & R. Falconer (red.), *The cost of maltreatment: who pays? We all do* (ss. 53–69). San Diego, Ca. Family Violence and Sexual Assault Institute.
- Felitti, V. J. (1991). Long-term medical consequences of incest, rape and molestation. *Southern Medical Journal*, 85, 328–331.
- Fergusson, D. M., Horwood, J., & Lynskey, M. T. (1997). Childhood sexual behaviours, adolescent sexual behaviours and sexual revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 21, 789–803.
- Finestone, H. M., Stenn, P., Davies, F., Stalker, C. F., Sru, R., & Konmanis (2000). Chronic pain and health care utilization in women with a history of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 24, 574–586.
- Fleming, J., Mullen, P. E., Sibthorpe, B., & Bammer, G. (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect*, 23, 145–159.
- Fonagy, P., & Target, M. (1995). Understanding the violent patient. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 487–502.
- Glaser, D. (2000). Child Abuse and Neglect and the Brain – A Review. *Child Psychology and Psychiatry*, 41, 97–116.

- Greenfield, S. F., Strakowski, S. M., Tohen, M., Batson, S. C., & Kolbrenner, M. L. (1994). Child abuse in first episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, *164*, 831–834.
- Gutermann, D. (1997). Early Prevention of Physical Abuse and Neglect. Existing Evidence and Future Directions. *Child Maltreatment*, *2*, 5–28.
- Herman, J. L., Perry, J. C., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *146*, 490–495.
- Herrenkohl, E. C., Herrenkohl, R.C., Rupert, L. F., Egolt, B. P., & Lutz, J. G. (1995). Risk factors for behavioral dysfunction, SES, physical health problems, cognitive ability and quality of parent-child interaction. *Child Abuse & Neglect*, *19*, 191–203.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., & Bernstein, D. P. Childhood Maltreatment Increases Risk for Personality Disorders During Early Adulthood. *Archives of Gen Psychiatry*, *56*, 600–606.
- Isabella, R.A. (1993). Origins of attachment: Maternal interactive behavior across the first year. *Child Development*, *64*, 605–621.
- Kaplan, S. J., Pelaovitz, Salzinger, S., Werner, M., Mandel, F. S. Lesser, M. L., & Labruna, V. E. (1998). Adolescent physical abuse. Risk for adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, *155*, 954–959.
- Kendell-Tackett, K. A. (2000). Physiological correlates of childhood abuse: chronic hyperarousal in PTSD, depression and irritable bowel syndrome. Invited review. *Child Abuse & Neglect*, *24*, 799–810.
- Kendell-Tackett, K. A., Marshall, R., & Ness, K. E. (2000). Victimization, healthcare use and health maintenance. *Family Violence & Sexual Assault Bulletin*, *16*, 18–21.
- Kendell-Tackett, K.A. (2002). The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse & Neglect*, *26*, 715–729.
- Kennedy, R. (1997). Morality, disruptive behaviors, borderline personality disorder, crime and their relationship to attachment. I K. Atkinson & K. Zucker (red.), *Attachment and Psychopathology*. London, Guilford, 223–76.
- Killén Heap, K. (1981). *Barnemishandling – behandlerens dilemma*. Oslo, Tano.
- Killén Heap, K. (1988). *Barnemishandling og omsorgssvikt*. Doktoravhandling. Universitetet i Oslo. Kommuneforlaget.
- Killén, K. (1996a). *Saksbehandlerens perspektiv på barn og foreldre i omsorgssviktsituasjoner*. Rapport 1, Oslo: Barnevernets Utviklingscenter.
- Killén, K. (1996b). How far have we come in facing the emotional challenge of abuse? *Child Abuse & Neglect*, *20*, 791–795.
- Killén, K. (2000). *Barndommen varer i generasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Killén, K. (2001). *Utviklingsarbeid ved helsestasjoner i Bærum*. Bærum kommune: Helsejefens kontor.

- Killén, K. (2004). *Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar*. 3. utg. Oslo: Kommuneforlaget.
- Killén, K., Klette, T., & Arnevik, E. (2005). Mor-barn samspill i norske familier (forberedes for publisering).
- Kluft, R. P. (1990). *Incest-related syndroms of adult psychopathology*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Larsen, E. (1994). Flerfaglig, tverrfaglig og fellesfaglig samarbeid. *Norges Barnevern*, 71, 4–9.
- Larsen, E. (1995). Tverrfaglig samarbeid: Kompetansegevinst eller prestisjetap? *Norges Barnevern*, 72, 33–38.
- Lauritzen, G., & Waal, H. (2003). Sammenheng mellom rusmiddelbruk og psykisk helse i et generasjonsperspektiv. I: K. Killén & M. Olofsson (red.), *Det sårbare barnet*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Lundén, K. (2004). *Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn*. Göteborgs Psykologiska institutioner, Göteborgs Universitet.
- Luntz, B. K., & Widom, C. S. (1994). Antisocial Personality Disorder in Abused and Neglected Children Grown Up. *American Journal of Psychiatry*, 151, (5), 670–674.
- Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The rate of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 64–73.
- Lyons-Ruth, K., Alpern, L., & Repacholi, B. (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of neofile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development*, 64, 572–585.
- Madsen, S. Å. (1996). *Bånd der brister – bånd der knyttes*. Intervention ved forstyrrelser i den tidlige mor-spebarn relation. København: Hans Reitzels Forlag.
- Moeller, P. T., & Backman, G. A. (1993). The combined effects of physical, sexual and emotional abuse during childhood: Long term health consequences for women. *Child Abuse & Neglect*, 17, 623–640.
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., Herbison, G. P., & Kolko, D. J. (1996). The long-term impact of the physical, emotional and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect*, 20, 23–44.
- Nayberg, N. & Holter, M. (1999). *Familiehuset*. Evalueringsrapport. Horsens: Horsens kommune.
- Olds, D. K., & Kitzman, H. (1993). Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Future Child*, 3, 53–92.
- Paris, J. (1997). Childhood trauma as an etiological factor in the personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 11, 34–49.

- Perry, B. D. (2000). The neuroarch ecology of childhood maltreatment. The neurodevelopmental cost of adverse childhood events. I B. Geffner (red.), *The cost of child maltreatment: Who pays? We all do*. London, New York: The Haworth Maltreatment and Trauma press.
- Puckering, C., Rogers, J., Mills, M., Cox, A. D., & Mattson-Graff, M. (1994). Process and evaluation of a group intervention of mothers with parenting difficulties. *Child Abuse*, 3, 299–310.
- Ross, C. A., Andeson, G., & Clark, P. (1994). Childhood Abuse and the Positive Symptoms of Schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 489–491.
- Silk, K. R., Lee, S., Lede, E. M., & Lohr, N. E. (1995). Borderline *personality disorder symptoms and severity of sexual abuse*. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1059–1064.
- Sweft, C., & Halpert, M. (1993). Reported history of physical and sexual abuse in relation to dissociation and other symptomatology in women, psychiatric inpatients. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 545–555.
- Teegen, F. (1999). Childhood sexual abuse and long-term sequelae. I M. Maercher, Z. Schutzwahl & J. Solomon (red.), *Post-traumatic stress disorder. A lifespan developmental perspective*, (ss. 97–112), Seattle, Wa. Hougresa & Huber.
- Thompson, R. A. (1995). *Preventing child maltreatment through social support: a critical analysis*. Thousand Oaks, Ca: Sage Publications.
- van der Kolk, B. A.. (1996). The complexity of adaptation to trauma. Self-regulation, stimulus, discrimination and characterological development. I B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (red.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: Guilford Press, 182–213.
- Watermann, J. (2002). The influence of childhood sexual abuse, physical abuse, family environment and gender of the psychological adjustment of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 26, 425–441.
- Wurr, C. J. (1996). The prevalence of a history of childhood sexual abuse in an acute adult inpatient population. *Child Abuse & Neglect*, 20, 827–872.